



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة ابن خلدون - تيارت -

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا والفلسفة



مستوى التنظيم الانفعالي لدى مرضى السكري من خلال متغيري المرونة النفسية والرفاه النفسي

دراسة عيادية وتحليلية احصائية لعينة من المرضى بمصلحة الأمراض
المزمنة - تيسمسيلت -

رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث في علم النفس:

تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الدكتوراه:

زوبيدة الماحي

إعداد الطالب:

علي مراح

لجنة المناقشة

الرقم	الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
01	سعد الحاج بن ججدل	أستاذ التعليم العالي	تيارت	رئيسا
02	زوبيدة الماحي	أ. محاضر "أ"	تيارت	مشرفا ومقررا
03	نوال بوكصاصة	أ. محاضر "أ"	تيارت	ممتحنا
04	سميرة هدور	أ. محاضر "أ"	تيارت	ممتحنا
05	آمال زاوي	أ. محاضر "أ"	عين تموشنت	ممتحنا
06	فايزة بلخير	أ. محاضر "أ"	غليزان	ممتحنا

السنة الجامعية: 2023 - 2024م

اهداء

الى كل من علمني حرفا في هذه الدنيا

الى كل من ساعدني بنصائحه وارشاداته

الى الوالدين الكريمين أطال الله في عمرهما وبرك في صحتهما

الى كل أفراد الأسرة كل باسمه ووسمه

الى كل أصدقائي في العمل وفي الجامعة

الى كل أطفال ذوي الهمم (التوحد والاضطرابات النمائية بصفة عامة)

الى كل مرضى السكري

الى كل من يسهر على مرافقتهم والتكفل بهم

الى كل هؤلاء والى كل طالب علم أهدي هذا العمل

ونسأل الله سبحانه وتعالى أن يجعله في ميزان الحسنات ومنيرا لكل طالب

علم يستفاد منه

أمين يارب العلمين

شكر و عرفان

أقدم بجزيل الشكر والتقدير الى الدكتورة المشرفة " زوبيدة الماحي " على توجيهاتها وارشاداتها العلمية طيلة مسيرة انجاز هذه الأطروحة في صيغتها الأكاديمية.

كما أتقدم بجزيل الشكر والعرفان الى الدكتور " محمد عرقوب " على توجيهاته وارشاداته العلمية والمنهجية التي استفدت منها كثيرا في تحرير المقالات والأطروحة.

الشكر الخالص كذلك لمديرة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بتيسمسيلت على كل التسهيلات التي قدمتها لي لإجراء الدراسة الميدانية.

كما لا يفوتني أن أتوجه بالشكر لجميع من ساهم في مساعدتي كل باسمه ووسمه لإنجاز هذا البحث من قريب أو من بعيد ولو بكلمة طيبة، ومن لا يشكر الناس لا يشكر الله.

وكل الشكر والتقدير أيضا لمرضى السكري الذين تعاملنا معهم والتي لولاهم لما تم هذا العمل.

مستخلص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية الى التعرف على مستوى التنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت من خلال متغيري المرونة النفسية والرفاه النفسي، دراسة إحصائية لعينة مكونة من (170) مريض من كلا الجنسين، و عيادية لحالتين (02) ، " أنثى" و " ذكر"، اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي و العيادي، و تم استخدام الأدوات السيكومترية التالية: مقياس التنظيم الانفعالي اعداد: (John& Gross, 2003)، ترجمة: (نسرين، البراهمة: 2017). ومقياس المرونة النفسية اعداد: (Mary E. Keenan, Jessica Cook, Med Kristofer S. berlin, and all, 2022) الذي ترجم من قبل الباحث مراح علي، 2023 ، ومقياس الرفاه النفسي اعداد: (Carol Ryff, 1995)، ترجمة: (سلوى، فهاد المري: 2018). كما تم تطبيق بعض الأدوات الاكلينيكية منها: الملاحظة العيادية، شبكة المقابلة العيادية تم بنائها من قبل الباحث، وكشفت نتائج الدراسة الاحصائية أنه تظهر عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت مستوى متوسط لكل من المرونة النفسية والرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي، مع وجود فروق في مستويات كل من المرونة النفسية والتنظيم الانفعالي تعزى للجنس، وعدم وجود فروق في مستويات كل من المرونة النفسية والرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي تعزى للعمر، وعدم وجود فروق في مستويات كل من المرونة النفسية والرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي تعزى لنوع السكري، كما بينت النتائج عدم وجود علاقة إحصائية بين المرونة النفسية والتنظيم الانفعالي بأبعاده (القمع التعبيري، وإعادة التقييم المعرفي)، مع وجود علاقة إحصائية بين الرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي بأبعاده (القمع التعبيري، وإعادة التقييم المعرفي)، وعليه أظهرت نتائج الفرض العام أنه يساهم الرفاه النفسي بأبعاده (نمو الشخصية، وتقبل الذات) في التنبؤ بمستوى التنظيم الانفعالي ، وعدم مساهمة المرونة النفسية في التنبؤ بمستوى التنظيم الانفعالي لدى عينة الدراسة، وفي مقابل هذا بينت نتائج الدراسة العيادية أن هناك مجموعة من العوامل النفسية الكامنة وراء قصور كل من المرونة النفسية والرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي لدى الحالتين الفريدتين، والمتمثلة في (كبت الانفعالات والمشاعر، صعوبة التحكم في الانفعالات وإدارة المشاعر السلبية، القلق النفسي، سوء التكيف النفسي مع المرض، التقبل الزائف للمرض، ثقافة المجتمع المرضية التي يتبناها المريض).

الكلمات المفتاحية:

المرونة النفسية، الرفاه النفسي، التنظيم الانفعالي، مريض السكري

Abstract:

The current study aimed to identify the level of emotional regulation in a sample of patients with diabetes in the state of tissemsilt through the variables of psychological flexibility and psychological well-being, a statistical study of a sample of (170) patients of both sexes, and a clinical case of (02), "female" and " male", the study relied on the descriptive and clinical approach, and the following psychometric tools were used: emotional regulation scale preparation: (John& Gross, 2003), translation: (Nasrin, Brahma: 2017).The psychological resilience scale is prepared by: (Mary E. Keenan, Jessica Cook, Med Kristofer S. berlin, and all, 2022), which was translated by researcher Merah Ali, 2023, and the measure of psychological well-being prepared by:(Carol Ryff, 1995), translated by: (Salwa, Fahad Al-Marri: 2018). Some clinical tools were also applied, including: clinical observation, the clinical interview network was also built by the researcher, The results of the statistical study revealed that a sample of patients with diabetes in the state of tissemsilt shows an average level of both psychological flexibility, psychological well-being and emotional regulation, with differences in the levels of both psychological flexibility and emotional regulation attributed to sex, and there are no differences in the levels of both psychological flexibility, psychological well-being and emotional regulation attributed to age, and there are no differences in the levels of both psychological flexibility, psychological well-being and emotional regulation attributed to the type of diabetes, and the results also showed that there is no statistical relationship between psychological flexibility and emotional regulation with its dimensions (expressive suppression, emotional regulation, emotional regulation, etc.) and cognitive reappraisal), with a statistical relationship between psychological well-being and regulation Emotionality in its dimensions (expressive suppression, cognitive reassessment), Accordingly, the results of the general assumption showed that psychological well-being with its dimensions (personality development, self-acceptance) contributes to predicting the level of emotional regulation, and psychological flexibility does not contribute to predicting the level of emotional regulation in the study sample, in contrast to this, the results of the clinical study showed that there are a set of psychological factors underlying the insufficiency of both psychological flexibility, psychological well-being and emotional regulation in the two unique cases, represented by (suppression of emotions and feelings, difficulty controlling emotions and managing negative emotions, psychological anxiety, psychological maladaptation to the disease, false acceptance of the disease, culture the pathological society adopted by the patient).

Key words: Psychological flexibility, psychological well-being, emotional regulation, diabetic patient.

قائمة المحتويات:

الصفحة	المحتويات	الرقم
أ	اهداء	
ب	شكر وعرفان	
ج	ملخص الدراسة (بالعربية/ والانجليزية)	
ز	فهرس العناوين	
ي	قائمة الجداول	
ل	قائمة الأشكال	
1	مقدمة	
الفصل الأول: مدخل الى الدراسة		
تمهيد		
5	أسباب اختيار موضوع البحث	1
7	أهمية الدراسة	2
8	إشكالية الدراسة	3
13	فرضيات الدراسة	4
14	أهداف الدراسة	5
15	التعاريف الإجرائية	6
16	الدراسات السابقة	7

الفصل الثاني: الإطار النظري للدراسة		
26	المبحث الأول: التنظيم الانفعالي	
44	المبحث الثاني: المرونة النفسية	
76	المبحث الثالث: الرفاه النفسي	
الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة		
تمهيد		
I. الدراسة الاستطلاعية		
95	منهج الدراسة	1.1
96	حدود الدراسة (المكانية والزمانية)	2.1
97	خصائص عينة الدراسة الوصفية	3.1
101	أدوات الدراسة الوصفية والعيادية	4.1
II. الدراسة الأساسية:		
121	حدود الدراسة (المكانية والزمانية)	2.1
121	خصائص عينة الدراسة الوصفية	2.2
125	حالات البحث العيادية	3.2
خلاصة		
الفصل الرابع: عرض ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة الإحصائية والعيادية		
تمهيد		
128	عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى	1.4

130	عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية	2.4
132	عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة	3.4
135	عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة	4.4
145	عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة	5.4
148	عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة	6.4
150	عرض ومناقشة نتائج الفرضية العامة	7.4
158	عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة (الفرض العيادي)	8.4
الاسهام العلمي		
182	الاسهام العلمي	
186	خاتمة	
188	توصيات	
189	اقتراحات	
190	قائمة المراجع	
206	الملاحق	

قائمة الجداول:

الصفحة	عنوان الجدول
98	جدول رقم (01): يبين توزيع خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس
98	جدول رقم (02): يبين توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب العمر
99	جدول رقم (03): يبين توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب نوع السكري
100	جدول رقم (04): يبين توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب مدة ازمان المرض
103	جدول رقم (05): يبين تعديلات السادة الأساتذة المحكمين لمقياس المرونة النفسية
104	جدول رقم (06): يبين المتوسطات الحسابية لمستوى المرونة النفسية
106	جدول رقم (07): يبين المتوسطات الحسابية لمستوى الرفاه النفسي
108	جدول رقم (08): يبين المتوسطات الحسابية لمستوى التنظيم الانفعالي
109	جدول رقم (09): يبين معاملات الارتباط لكل مؤشر من مؤشرات المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس.
110	جدول رقم (10): يبين معامل ألفا كرومباخ لمؤشرات المقياس ككل
111	جدول رقم (11): يبين معاملات ارتباط بيرسون لمؤشرات بعد الحكم الذاتي بالدرجة الكلية للبعد، والدرجة الكلية للبعد بالدرجة الكلية للمقياس.
112	جدول رقم (12): يبين معاملات ارتباط بيرسون لمؤشرات بعد التمكّن البيئي بالدرجة الكلية للبعد، والدرجة الكلية للبعد بالدرجة الكلية للمقياس.
112	جدول رقم (13): يبين معاملات ارتباط بيرسون لمؤشرات بعد نمو الشخصية بالدرجة الكلية للبعد، والدرجة الكلية للبعد بالدرجة الكلية للمقياس..
113	جدول رقم (14): يبين معاملات ارتباط بيرسون لمؤشرات بعد العلاقات الايجابية مع الآخرين بالدرجة الكلية للبعد، والدرجة الكلية للبعد بالدرجة الكلية للمقياس.
114	جدول رقم (15): يبين معاملات ارتباط بيرسون لمؤشرات بعد الهدف من الحياة بالدرجة

	الكلية للبعد، والدرجة الكلية للبعد بالدرجة الكلية للمقياس.
115	جدول رقم (16): يبين معاملات ارتباط بيرسون لمؤشرات بعد قبول الذات بالدرجة الكلية للبعد، والدرجة الكلية للبعد بالدرجة الكلية للمقياس.
116	جدول رقم (17): يبين معامل ألفا كرومباخ لقياس ثبات أداة الدراسة
117	جدول رقم (18): يبين معاملات ارتباط بيرسون لمؤشرات بعد القمع التعبيري بالدرجة الكلية للبعد، والدرجة الكلية للبعد بالدرجة الكلية للمقياس.
117	جدول رقم (19): يبين معاملات ارتباط بيرسون لمؤشرات بعد إعادة التقييم المعرفي بالدرجة الكلية للبعد، والدرجة الكلية للبعد بالدرجة الكلية للمقياس.
118	جدول رقم (20): يبين معامل ألفا كرومباخ لقياس ثبات أداة الدراسة
120	جدول رقم (21): يبين تعديلات السادة الأساتذة المحكمين لدليل شبكة المقابلة
121	جدول رقم (22): يبين توزيع خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس
122	جدول رقم (23): يبين توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب العمر
123	جدول رقم (24): يبين توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب نوع السكري
123	جدول رقم (25): يبين توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب مدة ازمان المرض
126	جدول رقم (26): يبين خصائص حالات البحث العيادي
128	جدول رقم (27): يبين نتائج مستويات المرونة النفسية لدى عينة من مرضى السكري
130	جدول رقم (28): يبين نتائج مستويات الرفاه النفسي لدى عينة من مرضى السكري
132	جدول رقم (29): يبين نتائج مستويات التنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري
135	جدول رقم (30): يبين نتائج T. Test لدراسة الفروق بين المرونة النفسية والرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي تبعاً لمتغير الجنس.
138	جدول رقم (31): يبين نتائج T. Test لدراسة الفروق بين المرونة النفسية والرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي تبعاً لمتغير نوع السكري.

141	جدول رقم (32): يبين نتائج قيمة " ف " لدراسة الفروق بين المرونة النفسية والرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي تبعاً لمتغير العمر.
145	جدول رقم (33): يبين نتائج معاملات الارتباط بيرسون " ر " بين متغيري المرونة النفسية والتنظيم الانفعالي بأبعاده (القمع التعبيري، إعادة التقييم المعرفي).
168	جدول رقم (34): يبين نتائج معاملات الارتباط بيرسون " ر " بين متغيري الرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي بأبعاده (القمع التعبيري، إعادة التقييم المعرفي).
151	جدول رقم (35): يبين نتائج نموذج تحليل الانحدار المتعدد
152	جدول رقم (36): يبين تحليل تباين الانحدار الخاص بالمتغيرات المستقلة
152	جدول رقم (37): يبين معاملات بيتا لمساهمة المتغيرات المستقلة في التنبؤ بالتنظيم الانفعالي
163	جدول رقم (38): يبين سير المقابلات العيادية مع الحالة الأولى
173	جدول رقم (39): يبين سير المقابلات العيادية مع الحالة الأولى

قائمة الأشكال:

الصفحة	الشكل
35	الشكل رقم (01): يوضح نموذج جروس (Gross) لعملية التنظيم الانفعالي
40	الشكل رقم (02): يوضح نموذج دائرة باييز " Papez " للتفسير البيولوجي للانفعالات
57	الشكل رقم (03): يوضح المفاهيم التي لها علاقة بالمرونة النفسية
64	شكل رقم (04): يوضح عمليات زيادة تعزيز المرونة النفسية
73	الشكل رقم (05): يوضح نموذج أبعاد الرفاه النفسي والأصول نظرية خاصة به
151	شكل رقم (06): يوضح التوزيع الاعتدالي للبواري المعيارية لمتغير التنظيم الانفعالي
154	الشكل رقم (07): يوضح النموذج السببي للعلاقة بين المتغيرات المستقلة والتابعة

يشهد عالمنا اليوم تطورا سريعا من كل الجوانب المعرفية و العلمية، التقنية والعلاجية، مما أثر هذا الأخير على أسلوب عيش المجتمعات البشرية، نتيجة الضغوط النفسية والانفعالية والصدامية التي بإمكانها أن تعرض الانسان الى ظهور العديد من المشاكل والصراعات تنعكس نتائجها على نمط تفكير وسلوك الأفراد، ما دام هذا الأخير جزء لا يتجزأ من المجتمع فان للانفعالات أيضا دورا مهما في نمط حياته اليومية فهي بمثابة طاقة أو شحنة لا يمكن للحياة أن تستمر بدونها، ترافقه في جميع جوانبه وعلاقاته، في عمله، وفي أسرته... الخ، فهي تجعل من الحياة شيئا ممتعا ولا نستطيع اغفال أهميتها وقيمتها، فبدونها يصبح الانسان يعيش حياة راكدة، مملة ومنعزلة، وكون الانسان لا يستطيع أن يعيش بدون انفعالات كونه انسانا، فان شدة وحدة الانفعالات والمشاعر السلبية المؤلمة والمستمرة تجعل حياته متوترة وعرضة للاضطرابات النفسية والجسمية، واقع يطول كل انسان كائنا في أيامنا هذه، ويصبح أكثر تعرضا للوقوع في مثل هاته الاضطرابات التي كانت ولا زالت تنخر جسده وتزعزع استقراره وتوازنه النفسي، وفي هذا الشأن يذكر السيكلوجي البريطاني مايكل أرجايل " Argyle, M, 1987:09 " أن معظم الدراسات النفسية في ميدان الانفعالات وجهت اهتماما الى البحث في حالات الخوف والقلق والاكتئاب والغضب وغيرها من الانفعالات السلبية، ونحن نعلم الآن ان جعل الناس سعداء يتضمن عمليات أخرى تختلف عن تلك التي تجعلهم لا يشعرون بالتأسة والغضب وغيرها، وهذا هو صميم بحثنا الحالي.

تتموقع بين الاضطرابات النفس- جسدية مجموعة من الأمراض الجسدية ذات الجذور النفسية، وهي ما تعرف حاليا بالأمراض السيكلوسوماتية التي قد تؤدي بصاحبها الى العجز والشلل في الحياة نتيجة عدم وضوح أو وجود عامل رئيسي ورائها، مع عدم وجود علاج نهائي الى يومنا هذا يقضي عليها بالرغم من التطور العلمي الذي شهدته الأبحاث والدراسات الطبية في هذا المجال الا أنها لازالت في تطور مستمر، فموضوع الطب يكشف حقيقة إصابة العضو عن طريق مجموعة من الفحوصات والتحليل، ويصف

العلاج حسب نوعية المرض المشخص، إلا أنه في كثير من الحالات يعاد تكرار المرض عن طريق ظهور بعض الأعراض المصاحبة له ليبقى السبب الحقيقي ورائها مجهول والبحث مستمر، فتدخل العلوم النفسية بدورها في البحث عن العوامل الكامنة وراء الإصابة بهذه الأمراض، والمعاناة النفسية التي تأخذها هذه الظواهر المرضية، فهي ترتبط بمجموعة من الأحداث الصدمية و الانفعالية والضغط المعاشة من قبل المريض أثناء حياته منذ الطفولة الى الرشد، رغم العلاجات الطبية التي لم تعطي نتيجة للشفاء بسبب المقاومة أو الكبت اللاشعوري لهذه العلاجات من قبل المريض، ويصبح يعيش في دوامة أو حلقة مغلقة بين النفسي والجسدي، فعندما يتعرض الى موقف انفعالي أو اجتماعي ضاغط ولم يجد الاستراتيجية المناسبة لمواجهة ذلك الموقف وتنظيمه فان التوازن البيوكيميائي للجسم يضطرب، ويصبح الجسد يعبر عن مكنونات النفس عن طريق أعراض جسدية (الجسد صورة رمزية للنفس)، وهذا ما نجده في مرض السكري أحد هذه الاضطرابات النفس-جسدية من الأمراض المزمنة التي تفتح حياة الانسان بصورة مفاجئة سواء في المجتمعات الأجنبية أو العربية أو المحلية، الغنية منها أو الفقيرة، وفي جميع الأعمار، فهو مرض الاستمرار الذي لا يمكن التشافي منه، وقد يؤدي بالمريض حتى الى الوفاة، لكن هذا لا يعني أنه لا يمكن التعايش والتكيف معه بصورة إيجابية تعكس تلك المعاناة والانفعالات السلبية المؤلمة المصاحبة لمرض السكري من نقمة الى نعمة، وهذا من خلال إيجاد طرق أو استراتيجيات ملائمة فقط في التعامل مع هذه الانفعالات والمشاعر وتنظيمها وفق ما يتطلبه الموقف، لذا يعتبر تنظيم الانفعال من المفاهيم الحديثة في المجال السيكولوجي الذي يشير الى مجموعة من العمليات التي يستطيع الفرد من خلالها أن يؤثر على الانفعالات التي يشعر بها مع كيفية تنظيمها، والتعبير عنها، والتحكم فيها (مظلوم، 2018: 03).

عن طريق مجموعة من الاستراتيجيات نذكر منها حسب ما ورد عن (Gross & John, 2003) استراتيجيتين رئيسيتين؛ أحدهما يتضمن إعادة هيكلة الموقف الانفعالي معرفياً (إعادة التقييم المعرفي) لتقليل الانفعال السلبي (تغيير طريقة تفكير الفرد حول الموقف)، والأخرى تتضمن التحكم في الانفعالات من خلال عدم

التعبير عنها (القمع التعبيري) ومنع السلوكيات المعبرة عنها كذلك، لهذا يؤدي تنظيم الانفعال دورا مهما في تحقيق الصحة والمرض للإنسان.

ان القصور في تنظيم الانفعال يؤدي الى تشكيل العديد من الاضطرابات والمشكلات النفسية، لذا فهو يحتاج الى بديل إيجابي يمكن المريض من استقراره وتوازنه النفسي لاستمرار الحياة مع مرض السكري بصورة إيجابية، ومن بين هذه البدائل نذكر منها على سبيل البحث؛ المرونة النفسية والرفاه النفسي أحد مفاهيم واهتمامات علم النفس الإيجابي في دراسة وقياس الشخصية ودوره في الوقاية وتنمية السعادة ليس فقط لدى الأصحاء بل وحتى المرضى، فهو يركز على دراسة المشاعر الإيجابية في الانسان، وعلم يرى أن مهمة المعالج النفسي ينبغي ألا يكرسها فقط تخليص المريض من معاناته أو انفعالاته السلبية وغيرها، بل كذلك يجب علينا إعادة بناء وجدانه ليصبح إيجابيا وذا شخصية إيجابية وفعالة في المجتمع ومنتجة في بقية حياته المستقبلية، حتى يصل الى مرحلة الرضا ويعيش حياة سعيدة، أو كما أسماه أرسطو بالحياة الطيبة (good Life). (معمرية، 2021: 19). وحسب هذا الأخير فقد تم ادراج مصطلح السعادة (Hapiness)، والرفاه الشخصي الأفضل (Subjective well- being)، والمرونة النفسية (Psychological flexibility)، التي هي جوهر المشاعر الإيجابية، فهي تلعب دورا هاما في مساعدة المريض على التكيف مع المشكلات وظروف المرض، وكذا التخفيف من المشاعر والانفعالات السلبية المصاحبة لهذا الأخير، والرفع من فرص الشفاء خاصة مع التقدم في العمر، فالمرونة النفسية حسب ما جاء في العديد من البحوث والدراسات النفسية (Kachadan, 2020 ; Tiffany et al, 2021 : أبو حلاوة، 2021) أنها "عملية ديناميكية يتم من خلالها تكيف الفرد مع الظروف والمواقف المتقبلة"، فهي تمكن الأفراد والمرضى من التأثيرات السلبية لضغوط الحياة اليومية مع القدرة على ضبط الخبرات الانفعالية وتنظيمها وادارتها بصورة إيجابية، زد على هذا شعور المريض بالفرح والسعادة والرفاه اللتان تمكنه من تحقيق قدراته وامكانياته في تنظيم انفعالاته.

ان للرفاه النفسي دور مهم في تحقيق الصحة النفسية والجسمية للإنسان بصفة عامة والمريض بصفة خاصة، اذ أنه يساعد مريض السكري في الشفاء والبقاء على قيد الحياة مع التقدم في العمر، فكلما كان شعور المريض بالسعادة والفرح أعلى كلما كان تكيفه وتوازنه النفسي مع مرض السكري طبيعي، وعلى هذا الأساس يمكن اعتبار هذه المتغيرات الإيجابية بمثابة عوامل وقائية تساهم في الحد أو التخفيف من مخاطر ومضاعفات هذا المرض المزمن المستمر مع حياة المريض اليومية، كما أنها تساهم في الحفاظ على المستويات الطبيعية لتنظيم الانفعال لديه، لان القصور في تنظيمه كما سبق وذكرنا هو عامل خطر في تشكيل الاضطرابات النفسية والصعوبات الانفعالية.

لذا فان التنظيم أو الاتزان الانفعالي يعتمد على قدرة المريض في إدارة حياته ومشاعره بطريقة تتلاءم والموقف من خلال امتلاكه لبعض الاستراتيجيات التكيفية في خفض الاستجابة الانفعالية، لذا فهو يتطلب مستويات عالية من المرونة والرفاهية كي يستطيع أن يتكيف مع المواقف والمشكلات بصورة إيجابية، وعدم قدرة المريض على المواجهة والتعامل مع الضغوط والانفعالات التي تنتابه هو نتيجة قصور فيما يلي (انخفاض مستوى السعادة، المرونة، الفرح، الرضا، الرفاه) وغيرها من السمات الإيجابية التي يفرز العقل من خلالها هرمونات (كالدوبامين والسير وتونين) تجعل المريض يشعر بالراحة النفسية، وبناء مناعة نفسية وجسدية تساهم في الوقاية من مخاطر ومضاعفات داء السكري.

وسنحاول من خلال هذا التطرق الى مجموعة من الفصول منها ما هو نظري يحمل في طياته مجموعة من المتغيرات البحثية على رأسها بناء الإشكالية التي تعد من أهم أعمدة البحث، تليها متغيرات (التنظيم الانفعالي، المرونة النفسية، الرفاه النفسي)، تعاريفها، أنواعها، أعراضها، أثارها على صحة الفرد، وشق آخر يتم التطرق فيه الى الجانب التطبيقي للبحث من خلال محطتان رئيسيتان:

المحطة الأولى: تضم الإجراءات المنهجية للدراسة (منهج الدراسة، عينة وحالات الدراسة، مكان الدراسة، أدوات الدراسة)، والمحطة الثانية: تضم عرض ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة.

الفصل الأول: مدخل الى الدراسة

تمهيد

I أسباب اختيار موضوع الدراسة

II أهمية الدراسة

III إشكالية الدراسة

IV تساؤلات الدراسة

V فرضيات الدراسة

VI أهداف الدراسة

VII التعاريف الإجرائية

VIII الدراسات السابقة

تمهيد:

لقد عرف الانسان منذ القدم الأمراض النفسية والعقلية والعضوية وكثيرا من وسائل علاجها فهي ليست نتاج عصرنا هذا، لكن ما زاد انتشارها كثرة الضغوط النفسية والاجتماعية والسياسية التي أصبحت تعترضه في كل زمان ومكان، حتى أصبحت أجسادنا تنوب بمهمة التعبير عن هذه الضغوط والانفعالات التي لن يسمح لها بالتعبير، وأصبحت الأمراض والاضطرابات الظاهرة بمثابة المترجم لحياتنا الانفعالية اللاشعورية، وخير دليل على هذا أن القرآن الكريم سبق علم النفس في ذلك فقد ذكر الكثير من الأمراض النفس جسدية نذكر منها قصة ما حدث لسيدنا يعقوب عليه السلام، قال تعالى في سورة (يوسف:84) ﴿ وَتَوَلَّى عَنْهُمْ وَقَالَ يَا أَسَفَى عَلَى يُوسُفَ وَابْيَضَّتْ عَيْنَاهُ مِنَ الْحُزْنِ فَهُوَ كَظِيمٌ ﴾، وعندما زال عنه الحزن بعودة ولده يوسف قال تعالى ﴿ فَلَمَّا أَنْ جَاءَ الْبَشِيرُ أَلْقَاهُ عَلَى وَجْهِهِ فَارْتَدَّ بَصِيرًا قَالَ أَلَمْ أَقُلْ لَكُمْ إِنِّي أَعْلَمُ مِنَ اللَّهِ مَا لَا تَعْلَمُونَ ﴾ (يوسف:96). لذا فان عملية تنظيم الانفعالات مرهونة بمجموعة من الخصائص الدينية والنفسية والاجتماعية، فهي تنمو وتتطور مع الانسان منذ طفولته، وهذا تحت تأثير مجموعة من العوامل الوراثية، البيولوجية، الفيزيولوجية وحتى الأسرية، الا أن عملية التنظيم هاته تتحكم فيها مجموعة من الاستراتيجيات التكيفية والغير التكيفية، والتي يسعى الفرد من خلالها الى التحكم وضبط الاستجابة الانفعالية بطريقة شعورية وأحيانا غير شعورية، هذا الأخير يعتمد على مدى امتلاك الفرد لمجموعة من الخصائص النفسية الإيجابية كالمرونة النفسية والرفاه النفسي، أحد متغيرات علم النفس الإيجابي التي يسعا من خلالهما الى إدارة مشاعره وانفعالاته لوحده بصورة إيجابية، مع تكيف نفسي اتجاه المواقف الانفعالية التي تنتابه، فالتنظيم الانفعالي الجيد يتطلب مستويات عالية من المرونة والرفاهية والهناء كي يصل الفرد الى مستوى الصحة النفسية والجسدية الجيدة.

أ | أسباب اختيار الموضوع

لقد تزاوجت أسباب اختيار الموضوع بين العوامل الموضوعية والذاتية للطالب:

- تقارب الموضوع مع اهتمامات الطالب وميولاته واستعداداته المعرفية في اختيار هذا الموضوع.
- الممارسة الميدانية للطالب في الميدان الصحي الاستشفائي من خلال تعامله اليومي مع فئة الأمراض المزمنة، لاحظ أن هناك اقبال يومي للمرضى الى العيادات لقياس نسبة السكر في الدم وقياس ضغط الدم... الخ، وبعد الحوار معهم لفهم أسباب تلك الترددات، استنتج أنهم كثيرا ما يعبرون عن مواقف وأحداث جرت لهم، منها ما يتعلق بالخوف والقلق وعدم تقبل المرض في حد ذاته، ومنها ما يتعلق بالبيئة الأسرية، ومنها ما يتعلق بالظروف الاقتصادية والاجتماعية، مما لفت انتباه الطالب الى أن الجانب النفسي لهؤلاء المرضى (الانفعالات، القلق، اضطراب المشاعر... الخ) كلها عوامل قد تسهم في قصور تنظيم الانفعالات لديهم، مما يجعلهم يستخدمون بعض الاستراتيجيات الغير المتكيفة للهروب من تلك الموقف أو الحدث الضاغط الذي يولد أعراضا وظائفية ذات تعبير جسدي، وعدم امتلاكهم لبعض السمات الايجابية قد تزيد من حدة وتفاقم هذه الأعراض.
- أهمية الموضوع المعرفية وغايته العلمية والصحية.
- محاولة اثراء البحث العلمي وتطبيقاته بما يفيد المجتمع عامة والمؤسسات الجزائرية بما فيها الاستشفائية خاصة.

II أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية في الجوانب التالية:

1. ازدياد انتشار حالات الإصابة بداء السكري في الآونة الأخيرة في مجتمعاتنا، هذا ما يستدعي منا كمختصين فهم ظاهرة هذا الانتشار لهذه الأمراض للحد أو التخفيف من أثارها مستقبلا.
2. أغلب الدراسات التي تم الاطلاع عليها في حدود اطلاع الطالب كانت على فئة الطلاب أكثر في بيئات محلية وعربية، مع قلة الدراسات في البيئة الجزائرية التي تناولت هذه المتغيرات الايجابية في ميدان علم

النفس لدى فئة مرضى السكري، لذلك جاءت فكرة الباحث لتناول هذا الموضوع لدى هاته الفئة من المجتمع .

3. تسليط الضوء على الدور الذي تلعبه العوامل النفسية في الصحة الجسمية، وبالأخص على بعض المفاهيم الحديثة كمتغيري المرونة النفسية والرفاه النفسي باعتبارهما عاملين ايجابيين يحميان الجسم من التعرض لمختلف الاضطرابات والأمراض، واللذان من خلالهما نستدل على وجود أو غياب مستوى التنظيم الانفعالي لدى فئة مرضية تمثلت في مرضى السكري، مع مساعدتهم في تطوير واكتساب استراتيجيات تكيفية جديدة تساعدهم في تنظيم انفعالهم، وهذا في اطار تخصص يعرف بعلم النفس الايجابي، الذي يعتبر من أحدث التخصصات في مجال علم النفس، يهتم بدراسة نقاط القوة والفضائل لفهم المشاعر والانفعالات الإيجابية، وهذا أحد أسباب اختيارنا لهذا الموضوع الذي قد يزيده أهمية ويفتح آفاق لدراسات وأبحاث أخرى جديدة في هذا المجال.

III اشكالية الدراسة:

للانفعالات وظائف عدة في حياتنا اليومية كوظيفة التواصل بين الأشخاص، فهي تتجلى في عدة تفاعلات معرفية، سلوكية وفيزيولوجية، لذا فهي ترتبط ارتباطا وطيدا بالصحة (Esti, H. P., 2017). ان علاقة الأمراض المزمنة مع الحياة الانفعالية للمرضى أصبح أمرا لا مجال للنقاش فيه، فقد أثبتت العديد من الدراسات مدى أهمية الجانب الانفعالي باعتباره عامل خطر في ظهور ومآل مختلف الاضطرابات النفسية الجسمية كمرض السكري (بن قويدر، وكركوش، 2018)، ويعتبر مرض السكري أحد هذه الأمراض المزمنة التي تحتل المرتبة الثالثة بعد أمراض الأوعية الدموية القلبية ثم السرطان، والتي أصبحت تشكل هاجسا مخيفا ورعبا للبشرية جمعاء خاصة وأنها في تزايد مستمر ومخيف (طشطوش، والقشار، 2017)، تشير احصائيات منظمة الصحة العالمية (OMS, 2023) أنه يوجد حوالي 350 مليون شخص في جميع أنحاء العالم مريض بالسكري ليتضاعف العدد 03 مرات قبيل عام 2030،

منها 80% من الوفيات تحدث في البلدان ذات الدخل المنخفض، والجزائر تحتل المرتبة الثانية من بين أسباب الوفيات. (صحيفة حقائق مرضى السكري، 2012). وحسب احصائيات أطلس السكري لسنة 2021 فان الجزائر تعد من بين 10 دول عربية يوجد فيها اصابات متزايدة من مرض السكري بعدد 4.4 مليون جزائري مصاب بداء السكري (احصائيات أطلس السكري، 2021).

ووفقا لـ: (Hu & Al, 2014) فان الكثير من الأمراض النفس جسمية انما مصدرها الانفعالات بالدرجة الأولى، والتي قد أصابها أحد العاملين: (اما أنها انفعالات متطرفة أرهقت أعصاب أصحابها ولم يستطيع أن يقوم بعملية تنظيم أو ضبط متوازن لها، أو أنها تتجلى في محاولة كبت الانفعالات التي قد يحولها الى هم وغم وقلق واكتئاب (معالم، 2017: 08). وفي هذا الصدد يقول جارما (Germa) " ان التحول الجسدي سببه ميكانيزمات نكوص وتثبيت أين يلعب الكبت دور مهم فيها"، وقد جعل زوار (Ziwar) من المرض النفس جسدي تعبير عن فشل ناتج عن سوء التكيف، وأكد هذا سيلبي (Selye) بأن تظاهرات سوء التكيف ناتجة عن اضطرابات السيرورات الفيزيوغددية (Physio Hormonal) وتميز خاصيتين هما: الأولى التكيف فيها محطم (كداء السكري، مرض السل...) والثانية استجابة التكيف مبالغ فيها (كقرحة معدة، قولون R.C.H، التهاب مفاصل) (معالم، 2017: 22). لذا فان للانفعالات البسيطة أو الحادة نصيبا كبيرا فيما يصاب به الفرد من أمراض، فهي تتطلب قدرا كافيا من التنفيس والتفريغ والتنظيم والضبط بهدف تسيير الأعضاء الحشوية الداخلية والتغيرات الفيزيولوجية الخارجية في يسر وانسجام متوازن، فموضوع التنظيم الانفعالي من المواضيع المهمة التي يسعى الفرد من خلالها الى تنظيم وضبط وتعديل الاستجابة الانفعالية عن طريق مجموعة من العمليات (Aldao., et al, 2010)، الا أن عملية التنظيم هذه تتحكم فيها مجموعة من الاستراتيجيات (متكيفة / غير متكيفة) والتي بدورها تلعب دورا مهما في الصحة النفسية والجسمية، كاستراتيجية اعادة البناء المعرفي والقمع التعبيري اللتان تؤديان الى استجابات عاطفية وجسدية ايجابية أو سلبية للمنبهات المثيرة للانفعال (Aldao., et al, 2010 ; &Turtic.,

اعادة البناء المعرفي تقلل بدورها من الانفعالات والمشاعر السلبية، وتزيد من المشاعر الايجابية والسعادة والرفاهية النفسية، على عكس استراتيجية القمع التعبيري التي تخفف من التعبير عن الانفعالات الايجابية حتى لا يتواصل الفرد مع الآخرين حول حالتهم الانفعالية.

ان المرضى بداء السكري رغم اصابتهم بنفس المرض ومعايشتهم لنفس الظروف والأحداث، الا أنهم يستخدمون أساليب مختلفة في مواجهتهم للمرض أو المواقف الانفعالية، والسبب وراء هذا الاختلاف أن هناك من المرضى من يمتلك بعض السمات الايجابية التي تعمل كواقى وحمى للشخصية من الانفعالات والضغوط كالمرونة النفسية والرفاه النفسي أحد اهتمامات علم النفس الإيجابي الذي حقق قفزة نوعية منذ بدايات ظهوره في دراسة الأفراد والمؤسسات، فهو يهتم بدراسة القوى والفضائل الأخلاقية والايجابية ليس فقط لدى المرضى بل وحتى الأسوياء، كي يتمكنوا من العيش ومواصلة الحياة بسعادة ورضا للوصول الى تحقيق الصحة النفسية الإيجابية، أو الى ما أسماه أرسطو بالحياة الطيبة (معمرية، 2021)، وما لهذه المتغيرات الايجابية دور مهم في التخفيف من الانفعالات السلبية، وكذا مساعدة المرضى على مواجهة المرض والتكيف معه، والرفع من فرص الشفاء لديهم خاصة مع التقدم في العمر، وقد أثبتت هذا العديد من الدراسات (المري، 2018؛ خوري، 2019؛ Yoichi C., et Andrew, S, 2008؛ Joulia K., et al, 2015؛ Faraa, A.R., et al, 2020).

فالمرونة النفسية باعتبارها عملية ديناميكية يتم من خلالها تكيف الفرد مع ظروف الحياة المتقلبة، ويوازن بين رغباته واحتياجاته (Tiffany, M., et al, 2021)، فهي أحد الجوانب الأساسية التي تساهم في تحقيق الصحة النفسية والجسمية لدى المرضى (الهاشمية، 2017: 15)، فقد أكدت دراسة تود كاشدان (Tod, Kachadan, 2020) بأن ذوي المستوى المرتفع من المرونة النفسية يتميزون بالقدرة على ضبط وتنظيم انفعالهم الداخلية المزعجة وادارتها بصورة ايجابية (أبو حلاوة، 2021)، فالمرونة النفسية في

علاقتها بالقدرة على ضبط الخبرات الانفعالية الايجابية والسلبية تمكن المرضى في التعافي من التأثيرات السلبية وضغوط الحياة اليومية وسرعة تجاوزها، وهذا ما أكدته دراسة (عبد الله، وطنوس، 2019؛ Joy, Y., et al., 2008; Tiffany M., et al, 2021). وبالتالي فان المرونة النفسية تبنى على ضبط انفعالي متزن وتسيير ناجح للانفعالات، كما أن للرفاه النفسي أيضا نصيب في صحة المرضى النفسية والجسمية، فهو يهدف الى تحقيق قدرات الفرد وامكانياته الى أقصى حد ممكن كي يصل الى الفرح والسعادة(خوري، 2019)، وفئة مرضى السكري لا تخرج عن هذا النطاق، فالرفاه النفسي يساعد المريض أيضا على اختيار العلاجات المناسبة ويزيد من فرص الشفاء والبقاء على قيد الحياة والتقدم في العمر وهذا ما أكدته دراسة (Yoichi, & Andrews, 2008)، كما أكدت دراسات أخرى أنه بمثابة عنصر وقائي في التخفيف من مخاطر ومضاعفات المرض، وكذا رؤية جديدة للحياة تتسم بالأمل والطموح والتكيف(المري، 2018؛ Joulia, K., et al, 2015 ؛ Farra, A., et al, 2020). وعلى هذا الأساس قدمت ريف (Ryff, 1993 – 1995) نموذج نظري متعدد الأبعاد للرفاه يشمل 06 أبعاد متميزة ايجابية (قبول الذات، العلاقات الايجابية مع الآخرين، الاستقلالية، التمكن البيئي، الهدف من الحياة، النمو الشخصي) وهو ما سوف يتم تبنيه في هذه الدراسة.

واستنادا لما سبق فان الدراسات التي تناولت متغيرات البحث الثلاث مع بعضها البعض لدى مرضى السكري نادرة في حدود اطلاع الطالب، الا أنه وجد دراسات تناولت متغير مع متغير آخر العربية منها والأجنبية لدى فئات متنوعة خاصة عينة الطلبة أكثر كدراسة (العاسمي، 2018؛ مانع، وآخرون، 2021؛ شقورة، 2012؛ عبد الله، وطنوس، 2019؛ القصابي، واليامنية، 2021)، أما بخصوص الدراسات الأجنبية وجدنا في حدود الاطلاع دراسات تطرقت الى دراسة متغير واحد لدى فئة مرضى السكري كدراسة (Joulia, K., et al, 2015؛ Bujor, L., et al, 2014; Tiffany, M., et al, 2021)، اضافة الى بعض الدراسات الأخرى التي تناولت متغيرين لدى مرضى السكري كدراسة (Farra, A.R., et al, 2020؛ Parachi, S., et al, 2011).

وتماشيا مع ما تم ذكره جاءت الدراسة الحالية محاولة سد الفجوة بين الدراسات السابقة الذكر، كون أنها ستتناول دراسة المتغيرات الثلاث مع بعضها البعض لدى فئة مرضى السكري، والتي قد غفلت عنها بعض الدراسات السابقة المحلية منها والعربية التي كان جلها على فئة الطلبة.

ومن هذا المنطلق سوف نحاول تسليط الضوء على الارتباط القائم بين متغير التنظيم الانفعالي ومتغيرين نفسيين يفترض أنهما على علاقة إيجابية بالتنظيم الانفعالي هما: المرونة النفسية والرفاه النفسي، لدى فئة مرضية متمثلة في مرضى السكري، هذا المرض الذي يعتبر أحد الأمراض العضوية المؤدية الى الوفاة، خاصة في حال عدم تقبله الأمر الذي يجعل المريض أكثر عرضة للقلق والاكتئاب، ولا سيما في ظل غياب المساندة والمرافقة النفسية والاجتماعية وخاصة الأسرية للمريض، وعليه يمكن طرح التساؤل العام على الشكل الآتي:

➤ هل تختلف مساهمة كل من المرونة النفسية والرفاه النفسي بأبعاده (الحكم الذاتي، التمكّن البيئي، نمو الشخصية، العلاقات الإيجابية مع الآخرين، الهدف من الحياة، تقبل الذات) في التنبؤ بمستوى التنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت؟

ويندرج ضمن هذا التساؤل العام التساؤلات الفرعية الآتية:

- ما مستوى المرونة النفسية لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت؟
- ما مستوى الرفاه النفسي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت؟
- ما مستوى التنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت؟
- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى كل من المرونة النفسية والرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت تعزى لكل من (الجنس، نوع السكر، العمر)؟

- هل توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الدرجة الكلية للمرونة النفسية والتنظيم الانفعالي بأبعاده (القمع التعبيري، إعادة التقييم المعرفي) لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت؟

- هل توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الدرجة الكلية للرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي أبعاده (القمع التعبيري، إعادة التقييم المعرفي) لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت؟

التساؤل الاكينيكي:

- ✓ هل هناك عوامل نفسية الكامنة وراء قصور كل من المرونة النفسية والرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت؟

IV الفرضيات:

الفرضية العامة:

- تختلف مساهمة كل من المرونة النفسية والرفاه النفسي بأبعاده (الحكم الذاتي، التمكن البيئي، نمو الشخصية، العلاقات الإيجابية مع الآخرين، الهدف من الحياة، تقبل الذات) في التنبؤ بمستوى التنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت.

الفرضيات الفرعية:

الفرضية الأولى:

تظهر عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت مستوى متوسط من المرونة النفسية.

الفرضية الثانية:

تظهر عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت مستوى متوسط من الرفاه النفسي.

الفرضية الثالثة:

تظهر عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت مستوى منخفض من التنظيم الانفعالي.

الفرضية الرابعة:

- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى كل من المرونة النفسية والرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت تعزى لكل من (الجنس، نوع السكر، العمر).

الفرضية الخامسة:

لا توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الدرجة الكلية للمرونة النفسية والتنظيم الانفعالي بأبعاده (القمع التعبيري، إعادة التقييم المعرفي) لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت.

الفرضية السادسة:

لا توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الدرجة الكلية للرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي بأبعاده (القمع التعبيري، إعادة التقييم المعرفي) لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت.

الفرض السابع (الكلينيكي):

هناك عوامل نفسية كامنة وراء قصور كل من المرونة النفسية والرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي لدى حالات من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت.

V أهداف الدراسة:

1. معرفة مدى مساهمة كل من المرونة النفسية والرفاه النفسي في التنبؤ بالتنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت.

2. معرفة مستوى المرونة النفسية لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت.

3. معرفة مستوى الرفاه النفسي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت.

4. معرفة مستوى التنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت.

5. الكشف عن الفروق في مستويات كل من التنظيم الانفعالي والمرونة النفسية والرفاه النفسي تبعا

لبعض المتغيرات الديموغرافية (كالعمر، الجنس، نوع السكري)، لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت.

6. معرفة طبيعة العلاقة بين المرونة النفسية والرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت.

7. الكشف عن بعض العوامل الدينامية الكامنة وراء قصور كل من المرونة النفسية والرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت.

VI التعاريف الاجرائية:

التنظيم الانفعالي

مجموعة من الاستراتيجيات الواعية واللاواعية (كإعادة البناء المعرفي، القمع التعبيري) التي يسعى من خلالها مريض السكري الى ضبط أو تعديل الاستجابة الانفعالية، وذلك من خلال الدرجة التي يتحصل عليها على مقياس التنظيم الانفعالي.

المرونة النفسية

عملية ديناميكية نفسية تساعد المريض في التكيف مع مختلف الأوضاع والمواقف المتعلقة بمرض السكري، والتي تساهم في تحقيق الصحة النفسية والجسمية لديه. ويظهر ذلك من خلال الدرجة التي يتحصل عليها المريض على مقياس المرونة النفسية المترجم من طرف الطالب.

الرفاه النفسي

يشير الى شعور المريض بالرضا والقدرة على تحقيق ذاته وقدراته، وهو الدرجة التي يتحصل عليها مريض السكري على مقياس الرفاه النفسي بأبعاده الست (التحكم الذاتي، التمكن من البيئة، نمو الشخصية، العلاقات الايجابية مع الآخرين، الهدف من الحياة، قبول الذات).

مريض السكري

هو المريض الذي يعاني من مرض السكري من النوع الأول أو الثاني بعيادة 20 أوت عين البرج تيسمسيلت، والذي يتراوح عمره من 18 الى 70 سنة، ولم يعاني من أمراض أخرى مصاحبة كمرض (القلب، الربو، القصور الكلوي، السرطان).

الدراسات السابقة

الدراسات السابقة المتعلقة بمتغير المرونة النفسية							
رقم	صاحب دراسة	عنوان الدراسة	هدف دراسة	عينة دراسة	منهج دراسة	أدوات الدراسة	نتائج الدراسة
01	دراسة: سامية بورنان (2022)	بعنوان: المرونة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول	هدفت الى: معرفة مستوى المرونة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول بمستشفى الزهراوي - مسيلة.	تكونت عينة الدراسة من 41 مريض بالسكري من كلا الجنسين من النوع الأول.	استخدم المنهج الوصفي التحليلي.	مقياس المرونة النفسية اعداد الباحثة.	توصلت نتائج الدراسة: 1. مستوى المرونة النفسية لدى مرضى السكري بمستشفى الزهراوي مرتفع 2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري على مقياس المرونة النفسية تعزى لمتغير الجنس.
02	Kristoffer S. Berlin; Mary E. Keenan; Jessica Cook; L. Ankney. Kimberly L. Klages; Katherine Samenkovich; Tiffany M. R; Gabrielle G. Banks; Ranim Alemzade and Angeliea.R. Eon, (2021)	التنبؤ بالمرونة النفسية لدى طلبة المرحلة الجامعية في ضوء بعض المتغيرات.	هدفت الدراسة الى: تحديد موثوقية وصلاحية استبيان المرونة النفسية لدى مرضى السكري، وذلك من خلال استبيان القبول مرض السكري.	تكونت عينة الدراسة من 181 شاب مصاب بداء السكري النوع الأول. ذكور واناث.	استخدم المنهج الوصفي التحليلي AADQ= Acceptance and Action Diabètes Questionna ire.	1. تم بناء استبيان المرونة النفسية للاشدين من قبل الباحثين والمكون في صورته النهائية من 11 بند. استبيان السكري (القبول والفعل) AADQ	1. أظهرت جميع مقاييس تناسقا داخليا قويا. وهذا يدل على: 2. صحة وموثوقية البناء الجيد لمقياس AADQ في دراسة حالية. 3. تم استنتاج نهائي ان موثوق AADQ مقياس وصالح لقياس المرونة النفسية لدى مرضى السكري.
03	دراسة: رشا محمد عبد الرحمن، وأشرف محمد العزب (2021).	التنبؤ بالمرونة النفسية لدى طلبة المرحلة الجامعية في ضوء بعض المتغيرات.	هدفت الى امكانية التنبؤ بالمرونة النفسية لدى طلبة مرحلة جامعية في متغيرات ديموغرافية، بالإضافة الى الرضا عن الحياة والطموح.	تكونت من 260 طالب بجامعة عمان من كلا الجنسين بطريقة عشوائية بسيطة.	المنهج الارتباطي لبيان نموذج المتغيرات المتنبئة بالمرونة.	1. مقياس المرونة النفسية ل(كونور ودافيدسون، 2003) في صورته العربية التي قننها القليلي (2012). 2. مقياس الرضا عن الحياة 3. مقياس الطموح.	توصلت نتائجها الى: 1. تمتع غالبية أفراد الدراسة بدرجات مرتفعة من مرونة نفسية. 2. ارتباط الرضا عن الحياة والطموح بالمرونة. 3. وجود فروق في المرونة بين الذكور والاناث لصالح الذكور.

<p>دراسة: القصابي خليفة بن أحمد بن حميد، ومنى بنت حماد اليامنة (2021).</p> <p>04</p>	<p>المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالمرونة النفسية لدى الطلبة ذوي الاعاقة البصرية بجامعة نزوى عمان.</p>	<p>هدفت الدراسة الى التعرف على مدى مساهمة المساندة الاجتماعية في المرونة النفسية لدى الطلبة ذوي الاعاقة البصرية بمعهد عمر ابن الخطاب للمكفوفين.</p>	<p>تكونت عينة الدراسة من 120 طالب وطالبة من كلا الجنسين.</p>	<p>استخدم المنهج الوصفي الارتباطي</p>	<p>1. مقياس المرونة النفسية للصلاحي (2017) 2. مقياس المساندة الاجتماعية لحمري، ومداني 2016.</p> <p>توصلت نتائجها الى: 1. أفراد العينة يتمتعون بدرجة متوسطة من المرونة النفسية بأبعادها المختلفة. 2. عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث في مستوى المرونة نفسية. 3. وجود علاقة ايجابية دالة احصائيا بين المرونة النفسية والمساندة الاجتماعية.</p>
<p>دراسة: عواطف عبد الله الخميس، وعادل جورج طنوس (2019).</p> <p>05</p>	<p>مستوى المرونة النفسية وعلاقتها بالضغوط النفسية لدى عينة من طلبة جامعة الأردن.</p>	<p>هدفت الدراسة الى الكشف عن مستوى المرونة والضغوط النفسية والعلاقة بينهما لدى عينة من طلبة جامعة.</p>	<p>تكونت العينة من 140 طالبة تم اختيارهم بطريقة العينة العشوائية البسيطة.</p>	<p>استخدم المنهج الوصفي الارتباطي المقارن</p>	<p>1. مستوى المرونة لدى الطالبات جاء بدرجة منخفضة. 2. مستوى الضغوط جاء بدرجة مرتفعة. 3. وجود علاقة عكسية دالة احصائيا بين مستوى المرونة والضغوط لدى الطالبات.</p>
<p>دراسة: يعي عمر شعبان شقورة (2012).</p> <p>06</p>	<p>المرونة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعة الفلسطينية بغزة.</p>	<p>هدفت الدراسة الى معرفة العلاقة بين المرونة النفسية والرضا عن الحياة.</p>	<p>تكونت العينة من 600 طالب وطالبة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية طبقية.</p>	<p>استخدم المنهج الوصفي التحليلي</p> <p>الأدوات: 1. استبيان المرونة النفسية من اعداد الباحث.</p>	<p>1. وجود مستوى فوق المتوسط لكل من المرونة النفسية والرضا عن الحياة. 2. وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المرونة النفسية والرضا عن الحياة. 3. بالنسبة للفروق في المرونة النفسية تبعاً للجنس قد أوضحت نتائج الدراسة وجود فروق في جميع أبعاد المرونة النفسية لصالح الطلاب، بينما لم تكن الفروق دالة في البعد الاجتماعي.</p>
<p>دراسة: Joyce. Yi; Peter.P. Vitolian; Ronald.E; smith; Jean.C. and Kotie Weinger (2008).</p> <p>07</p>	<p>دور المرونة في التكيف النفسي والصحة البدنية لدى المرضى المصابين بالسكري.</p>	<p>هدف الدراسة الطولية الى معرفة دور المرونة في القدرة على تحمل تفاقم Hba1c وسلوكيات الرعاية الذاتية في مواجهة ارتفاع معدلات السكري ذات العلاقة</p>	<p>تكونت عينة الدراسة من 111 مريض بداء السكري، وأجريت عليهم دراسة طولية لتقييم مستوى التمثيل الغذائي لمدة سنة كاملة.</p>	<p>استخدم المنهج الوصفي التبعي.</p>	<p>1. أظهرت البلدان ذات مستويات مرونة المنخفضة او معتدلة ارتباطا قويا بين ارتفاع الكرب وتفاقم التمثيل الغذائي عبر الزمن. 2. من لديهم درجات مرتفعة لم يظهر نفس رابطات (R1/4:08). 3. يرتبط ذوي المرونة المنخفض بعدد قليل من مستويات الرعاية الذاتية. 4. موارد المرونة تنبؤ بالمستقبل (Hba1c) وسوء تفاقم (Hba1c) وسلوكيات الرعاية الذاتية في مواجهة ارتفاع مستويات الكرب.</p>

الدراسات السابقة المتعلقة بمتغير الرفاه النفسي							
01	دراسة: Farra, A, Rahmania ; Putri Hutami ; Fitria D, Damayanti (2020).	التنظيم الانفعالي والرفاه النفسي لدى المرضى المصابين بالسكري من 40 – 70 سنة.	هدفت الدراسة الى تحديد العلاقة بين التنظيم الانفعالي والرفاه النفسي لدى مرضى السكري.	تكونت عينة الدراسة من 53 مريضا مصابا بالسكري في كل من يوغياكارتا وأندونيسيا.	استخدمت المنهج الوصفي.	استخدم الباحثين: * مقياس الرفاه النفسي ل: "براميسواري، 2015 * مقياس التنظيم الانفعالي ل" Cross and john, (2003).	توصلت نتائج الدراسة الى: * التنظيم الانفعالي يرتبط ارتباطا ايجابيا كبيرا بالرفاه النفسي. * كلما ارتفعت درجة التنظيم الانفعالي كلما كان مستوى الرفاه النفسي أعلى.
02	دراسة: نسرين خوري (2019).	بعنوان: الرفاه النفسي لدى المتقاعدين المصابين بالأمراض المزمنة جامعة عنابة	هدفت الدراسة: معرفة مستوى الرفاه النفسي لدى المتقاعدين المصابين بأمراض مزمنة المسجلين في الصندوق الوطني للتقاعد بولاية عنابة	تكونت عينة الدراسة من 32 مريض	استخدمت المنهج الوصفي.	استخدمت الباحثة مقياس الرفاه النفسي ل" Ryff, 1989 " المكون من ستة أبعاد هي: (الاستقلال الذاتي، السيطرة البيئية، النمو الشخصي، علاقات ايجابية مع آخرين، الحياة الهادئة، التقبل الذاتي).	1. توصلت نتائج الدراسة الى: * ارتفاع مستوى الرفاه النفسي لدى أفراد. متجاوبة مع نتائج الأبحاث التي تدل على مستويات عالية من الرفاه النفسي لدى الكبار مقارنة بالصغار.
03	دراسة: نسرين خوري (2019).	بعنوان: الرفاه النفسي لدى مرتفعي ومنخفضي الشعور بالوحدة النفسية من المتقاعدين المصابين بارتفاع ضغط الدم.	هدفت الدراسة: معرفة مستوى الرفاه النفسي والفروق في الرفاه النفسي وأبعاده تبعاً لمتغير (النوع والعمر)، ووفقا لارتفاع وخفض الشعور بالوحدة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة.	تكونت عينة الدراسة من 112 فرد من المتقاعدين المصابين بارتفاع الضغط الدم.	استخدم المنهج السي المقارن.	توصلت نتائج الدراسة الى: * وجود مستوى متوسط باتجاه الارتفاع للرفاه النفسي. * عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في أبعاد الرفاه النفسي (النمو الشخصي، الاستقلالية، الحياة الهادفة). تبعاً لمتغير الجنس. * هناك فروق ذات دلالة احصائية في الرفاه النفسي وأبعاده (التمكّن البيئي، العلاقات الاجيابة مع الآخرين، وتقبل الذات). تبعاً لمتغير النوع. * عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في الرفاه النفسي وأبعاده (الاستقلالية، العلاقات الاجيابة مع الآخرين، تقبل الذات) تبعاً لمتغير الفئة العمرية. * هناك فروق ذات دلالة احصائية في بعد النمو الشخصي وبعد الحياة الهادفة تبعاً لمتغير الفئة العمرية.	

<p>* أظهرت النتائج أن المقياس يتمتع بدرجة جيدة من الصدق والثبات والقابلية للتطبيق في دراسات أخرى.</p>	<p>قامت الباحثة بترجمة وتقتين مقياس الرفاه النفسي لـ "كارول ريف Karol Ryff, 1995" من اللغة الانجليزية الى اللغة العربية مع الحفاظ على المعنى الأصلي لبنود المقياس.</p>	<p>استخدمت المنهج الوصفي.</p>	<p>تكونت عينة الدراسة من 488 مريضة من المصابات بأمراض مزمنة في المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض.</p>	<p>هدفت الدراسة: اعداد مقياس الرفاه النفسي لدى عينة من الاناث المصابات بأمراض مزمنة بمدينة الرياض.</p>	<p>بعنوان: الخصائص السيكو مترية لمقياس الرفاه النفسي لدى الاناث المصابات بأمراض مزمنة.</p>	<p>دراسة: سلوى فهاد المري (2018).</p> <p>04</p>
<p>توصلت نتائج الدراسة الى: 1. الرفاهية النفسية تساهم في التقليل من مخاطر الاصابة بالسكري. 2. الأفكار والمشاعر الايجابية للأفراد الذين يعملون بشكل جيد، قد تقلل من خطر الاصابة بمرض السكري. 3. ارتبط الرفاه النفسي مع انخفاض مستويات (Hba1c) بعد عام واحد في الرجال والنساء المصابين بداء السكري. 4. كما أشارت دراسة ان الرفاه النفسي الايجابي يرتبط بانخفاض المخاطر من أمراض القلب التاجية.</p>	<p>تم تحديد الحالات من قبل تشخيص الأطباء (288 حالة تم تشخيصها).</p>	<p>هدفت الدراسة الى: التحقيق في الروابط بين الرفاه ومرض السكري الحادث.</p>	<p>بعنوان: الرابطة المحتملة بين الرفاه النفسي الايجابي ومرض السكري.</p>	<p>دراسة: Joulia K; Boehm Cloudia Trudel-Fitzgerald; Mika Kivimaki and Laura D. Kubzansky (2015)</p> <p>05</p>		
<p>توصلت نتائج الدراسة الى: * أن التنظيم النفسي ينبأ بالرفاهية على كل الأبعاد الأربعة: (التأثير الايجابي، التأثير السلبي، الكرب العاطفي، الرضا عن الحياة). * ان استراتيجيات التنظيم الانفعالي هي المنبئات ب: العواطف الايجابية والسلبية، وليست بالكرب العاطفي أو الرضا عن الحياة.</p>	<p>استخدم المنهج الوصفي.</p> <p>الأدوات: تم استخدام أدوات تالية: * مقياس التنظيم الانفعالي لـ (gross and John, 2003). * مقياس الرفاه النفسي للباحث.</p>	<p>تكونت عينة الدراسة من 516 فرد، تتراوح اعمارهم بين 14 و34 عاما.</p>	<p>هدفت الدراسة الى: دمج ثلاث مفاهيم (الشخصية، الترابط الأسري، وتنظيم الانفعال) في نموذج تنبؤي بالرفاه. وكذا استراتيجيات تنظيم المشاعر (اعادة التقييم المعرفي، القمع التعبيري) على العموم بالرفاهية النفسية.</p>	<p>بعنوان: الشخصية، الارتباطات الأسرية والتنظيم الانفعالي أحد المنبئات بالرفاهية.</p>	<p>دراسة: Bujor Liliana; Turtiuc Maria Nicoleta, (2014)</p> <p>06</p>	
<p>توصلت نتائج الدراسة التجميعية التحليلية الى: * فحص 35 دراسة (منها 26 مقالة) تحقق في معدل الوفيات بين السكان الأصحاء في البداية، ودراسة (28 مقالة) عن مجموعات الامراض.</p>	<p>استخدم المنهج الوصفي التحليلي. تم مراجعة قواعد البيانات اليبيليوغرافية العامة بنابر 2008، من أجل استخراج البيانات حول خصائص العلوم والدارسة وجودتها.</p>	<p>هدفت الدراسة الى: * اجراء مراجعة منهجية للدراسات المستقبلية</p>	<p>بعنوان: الرفاه النفسي الايجابي والوفيات. مراجعة كمية</p>	<p>دراسة: YOICHI CHIDA and ANDREW STEPTOE,</p> <p>07</p>		

	<p>(2008)</p> <p>(دراسة الملاحظة المستقبلية).</p> <p>والوفيات، باستخدام طرق التحليل الوصفي.</p> <p>Meta " Analytic</p>	<p>والرصدية للعلاقة بين الرفاه الايجابي والوفيات، باستخدام طرق التحليل الوصفي.</p>	<p>1. أظهرت التحليلات الجمعية (وصفية تحليلية) أن الرفاه النفسي الايجابي مرتبط مع انخفاض معدل الوفيات في كل من السكان الأصحاء.</p> <p>2. ارتبط الرفاه النفسي الايجابي بشكل كبير مع خفض معدل الوفيات القلب والأوعية الدموية في دراسات السكان الأصحاء، وانخفاض معدلات في المرضى الذين يعانون من الفشل الكلوي والمصابين بعدوى فيروس نقص مناعة.</p> <p>3. تشير دراسة حالية ان الرفاهية النفسية الايجابية لها تأثير ايجابي على البقاء على قيد الحياة في كل من سكان أصحاء والمرضى.</p> <p>4. الاهتمام بتعزيز الحالات الايجابية وكذا القضاء على المؤثرات السلبية قد تحسن بشكل كبير تكيف المريض مع المرض الجسدي.</p>
<p>الدراسات السابقة المتعلقة بمتغير التنظيم الانفعالي</p>			
<p>دراسة: مانع، والعجبي، وفلاح، والهملان (2021).</p>	<p>بعنوان: التنظيم الانفعالي والكفاءة الاكاديمية لمؤشر تنبؤي للرفاه النفسي لدى عينة من طلبة المرحلة الثانوية في محافظة الأحمدى بدولة الكويت.</p>	<p>هدفت الدراسة الى: التحقق من علاقة التنظيم الانفعالي والكفاءة الأكاديمية كمؤشر تنبؤي بالرفاه النفسي لدى طلبة المدارس الثانوية.</p>	<p>توصلت نتائج دراسة الى: 1. وجود علاقة موجبة بين كل من التنظيم الانفعالي والكفاءة الأكاديمية والرفاه النفسي. 2. وجود فروق بين الذكور والاناث وذلك لصالح الاناث في متغيرات ثلاثة. 3. كشف تحليل التباين والاتحدار القدرة على التنبؤ بالرفاه النفسي من خلال الكفاءة الأكاديمية والتنظيم الانفعالي.</p>
<p>دراسة: Carslon, Saarikallio; Toiviainen, Bogert; Kliuchko & Bratico, (2021)</p>	<p>بعنوان: استراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى الطبة.</p>	<p>هدفت الدراسة الى: لتعرف على الفروق بين الجنسين في التنظيم الانفعالي</p>	<p>المنهج الوصفي التحليلي الأدوات: *مقياس التقرير الذاتي. *مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية/ *مقياس التنظيم الانفعالي</p>

<p>توصلت نتائج الدراسة الى:</p> <p>1. سوى اعادة التقييم المعرفي كانت مرتبطة بالرفاه الجسدي والنفسي من خلال الانفعالات.</p> <p>2. أما القمع التعبيري يرتبط بالرفاه النفسي فقط للمرضى الذين يبلغون عن قلة استخدام اعادة التقييم المعرفي.</p>	<p>استخدم المنهج الوصفي.</p> <p>الأدوات: استخدم مقياس التنظيم الانفعالي Gross and John, 2003.</p>	<p>تكونت عينة الدراسة من 99 مريضا مصاب بالتهاب المفاصل الروماتويدي أو التصلب المتعدد.</p>	<p>هدفت الدراسة الى: دراسة ما إذا كانت الانفعالات السلبية المرتبطة بالمرض كوسيلة بين إعادة التقييم المعرفي والقمع التعبيري للرفاه.</p>	<p>التنظيم الانفعالي يساهم في الرفاه لدى مرضى ذوي المناعة الذاتية (من خلال الانفعالات المتعلقة بالمرض) دراسة استكشافية.</p>	<p>دراسة: Evangelos K.s; Georgia D; Emmanouil. P; Georgia.K. A. Repa; Gergianaki; George B; Prodromos S ;Vasileios Mastorodem os, And Panagiotis, Simos (2018).</p> <p>03</p>
<p>توصلت نتائج الدراسة الى:</p> <p>1. وجود علاقة دالة احصائيا بين الوعي الانفعالي وسعة الحيلة أو الدهاء.</p> <p>2. وجود علاقة دالة احصائيا بين الوعي الذاتي الانفعالي والدرجة الكلية للمرونة.</p> <p>3. وجود علاقة دالة احصائيا بين التنظيم المعرفي والدرجة الكلية للمرونة النفسية.</p> <p>4. وجود علاقة دالة احصائيا بين الدرجة الكلية للتنظيم والدرجة الكلية للمرونة.</p> <p>5. عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات اداء الطلبة مرتفعي التنظيم ومنخفضي التنظيم في المرونة النفسية.</p> <p>6. عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متغير المرونة والجنس.</p> <p>7. وجود تأثير دال احصائيا بين متغير المرونة والجنس معا في التنظيم الانفعالي لصالح الذكور مرتفعي المرونة.</p>	<p>استخدم المنهج الوصفي.</p> <p>الأدوات: استخدم مقياس التنظيم الانفعالي للمراهقين اعداد الباحث. ومقياس المرونة النفسية لـ (كونور ودافيدسون، 2003)</p>	<p>تكونت عينة الدراسة من 40 طالب من كلا الجنسين بمحاضرة السويداء.</p>	<p>هدفت الدراسة الى: معرفة طبيعة العلاقة الارتباطية بين التنظيم الانفعالي والمرونة النفسية. بالإضافة الى معرفة الفروق وفقا لمتغير السنة الدراسية والجنس.</p>	<p>بعنوان: التنظيم الانفعالي وعلاقته بالمرونة النفسية لدى طلبة المرحلة الثانوية بمحاضرة السويداء.</p>	<p>دراسة: رياض العاسي (2018).</p> <p>04</p>
<p>توصلت نتائج الدراسة الى:</p> <p>1. المرضى المصابون بالسكري يتعرضون لضغوط متعلقة بالعلاج بالمرتبة الأولى، ثم الضغوط الجسدية، يليها الضغوط النفسية، ثم المالية، وأخيرا الضغوط الاجتماعية.</p> <p>2. كما توصلت الى ان استراتيجيات المواجهة المستخدمة من قبل مرضى السكري من نوع اول هي: استراتيجيات سلبية، بينما استخدم مرضى السكري من نوع ثاني استراتيجيات ايجابية.</p>	<p>المنهج الوصفي التحليلي.</p>	<p>تكونت عينة الدراسة من 345 مريض بالسكري</p>	<p>هدفت الدراسة الى: معرفة مدى تأثير نوع ضغوط على التكيف الانفعالي للمريض.</p>	<p>بعنوان: استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري.</p>	<p>دراسة: نرمين غريب (2014)</p> <p>05</p>

<p>توصلت نتائجها الى:</p> <p>1. وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين إعادة التقييم المعرفي ومؤشرات الصحة النفسية الإيجابية.</p> <p>2. وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة احصائيا بين الكبت ومؤشرات الصحة النفسية الإيجابية.</p>	<p>المنهج الوصفي</p>		<p>هدفت الدراسة الى:</p> <p>معرفة طبيعة العلاقة بين التنظيم الانفعالي والصحة النفسية</p>	<p>بعنوان: العلاقة بين التنظيم الانفعالي والصحة النفسية</p>	<p>دراسة: Hu & al (2014)</p> <p>06</p>
<p>توصلت نتائج الدراسة الى:</p> <p>1. الصعوبات في فهم وتنظيم المشاعر لها تأثير سلبي على الصحة والرفاهية للفرد.</p> <p>2. بعض أنواع محددة من العجز العاطفي مثل: (صعوبات في تنظيم أو تحديد مشاعر، محدودية فرص وصول الى استراتيجيات تنظيم الانفعالات.. الخ تسهم بأهمية كبرى في التنبؤ بما يلي:</p> <p>* الحالة الصحية ورفاه الفرد مقارنة بالصعوبات العاطفية الأخرى.</p> <p>* صعوبات تنظيم العواطف والالكسيثيميا بشكل عام ترتبط بما يلي:</p> <p>(ضعف الصحة العقلية وانخفاض مستوى السعادة والرضا عن الحياة، أي الرفاه الذاتي للفرد).</p>	<p>استخدم المنهج الوصفي الارتباطي.</p> <p>المقاييس:</p> <p>1. مقياس صعوبات تنظيم عاطفة.</p> <p>* مقياس الصحة العقلية.</p> <p>** مقياس الرفاه الذاتي (GHQ.28)</p> <p>منظمة صحة عالمية.</p>	<p>تكونت عينة الدراسة من 288 مشارك من كلا الجنسين. لدى فئة عمرية من 16 الى 38 سنة.</p>	<p>هدفت الدراسة الى:</p> <p>معرفة العلاقة بين صعوبات تنظيم الانفعال وصعوبات تنظيم العاطفة على الصحة العقلية والرفاه للفرد.</p>	<p>بعنوان: دور صعوبات التنظيم الانفعالي في التنبؤ بالصحة العقلية والرفاه النفسي.</p>	<p>دراسة: Prachi Saxena; Akanksha Dubey and Rakesh Pandey . (2011)</p> <p>07</p>
<p>توصلت نتائج الدراسة الى:</p> <p>1. التغييرات في الرفاه الذاتي والعمليات الفسيولوجية مع مرور الوقت فان: الرفاه الذاتي او الشخصي يؤثر على الصحة والحفاظ على طول العمر في السكان الأصحاء.</p> <p>2. الشعور الايجابي ينبا بطول العمر والصحة بما يتجاوز المشاعر السلبية.</p> <p>3. الادعاء بأن الرفاه الشخصي يطيل الحياة من أولئك الذين يعانون من أمراض معينة مثل: السرطانات، فان ذلك لا يزال مثيرا للجدل.</p>			<p>هدفت الدراسة الى:</p> <p>هدفت هذه الدراسة الى مراجعة 07 أنواع من الدراسات، التي تشير الى ان الرفاهية الذاتية العالية مثل: (الرضا عن الحياة، غياب المشاعر السلبية، التفاؤل، العواطف الايجابية) تؤدي الى صحة أفضل وكذا طول العمر.</p>	<p>بعنوان: الأشخاص السعداء يعيشون لفترة أطول: الرفاه النفسي يساهم في الحفاظ على الصحة وطول العمر.</p>	<p>دراسة: Ed diener; Micoela. Y chan, (2011).</p> <p>08</p>
<p>توصلت نتائج الدراسة الى:</p> <p>1. وجود حجم تأثير كبير للتأمل، ومتوسط الى كبير للتجنب وحل المشكلات والقمع، ومن الصغيرة الى متوسطة لإعادة التقييم والقبول.</p> <p>2. بعد فحص العلاقة بين كل استراتيجية تنظيمية وكل مجموعة من مجموعات علم النفس المرضي الأربعة، وجد أن:</p> <p>* الاضطرابات الداخلية كانت ترتبط أكثر باستمرار من الاضطرابات الخارجية.</p>	<p>منهج وصفي تحليلي</p>	<p>تم دمج 241 حجم تأثير من 114 دراسة درست العلاقات بين تنظيم الانفعالات وعلم النفي المرضي.</p>	<p>هدفت الدراسة: دراسة العلاقة بين 6 استراتيجيات لتنظيم الانفعال (القبول، التجنب، حل المشكلة، إعادة التقييم أو البناء، الاجترار والقمع التعبيري)</p>	<p>بعنوان: استراتيجيات تنظيم الانفعال من منظور علم النفس المرضي (مراجعة وصفية تحليلية).</p>	<p>دراسة: Amelia Aldao; Susan Nolen-Hoeksema; Susanne Schweizer .(2010)</p> <p>09</p>

<p>توصلت نتائج الدراسة الى: أن النساء أكثر استجابة انفعالية للمثيرات السلبية عن الرجال، كما أوضحت النتائج وجود فروق بين الجنسين في تنظيم الانفعال لصالح الذكور، وتعزي نتائج الدراسة ذلك الى إعادة التفسير المعرفي لتلك الاحداث من منظور إيجابي.</p>	<p>المنهج الوصفي: المقاييس: طبق عليهم النسخة الألمانية المختصرة لمقياس الذكاء لوكسلر للراشدين، ونموذج إعادة التقييم المعرفي والانفعالي</p>	<p>تكونت العينة من (17) رجلا متوسط عمرهم (25.2) عاما و (16) امرأة متوسط عمرهن (24.6) عاما، وتم اختبارهم من جامعة رستوك بألمانيا</p>	<p>هدفت الدراسة الى: معرفة الفروق بين الجنسين في الاستجابة الانفعالية وتنظيم الانفعال باستخدام نموذج إعادة التقييم المعرفي</p>	<p>بعنوان: التنظيم الانفعالي باستخدام نموذج إعادة التقييم المعرفي.</p>	<p>دراسة: Domes, Schulze; Bottger, Grossman; Hauenstein ,Wirtz, Herpertz et al, 2010"</p> <p>10</p>
<p>توصلت نتائج الدراسة الى: 1. المرضى الذين يلجؤون لتفضيل استراتيجيات التمرکز حول المشكل يتنبؤون بنتيجة انفعالية ايجابية ملائمة. 2. أما المرضى الذين اختاروا استراتيجيات التمرکز حول الانفعال بينت النتائج ان لديهم اضطرابات في التكيف الانفعالي (حالات القلق والاكتئاب).</p>	<p>استخدم المنهج الوصفي</p>	<p>تكونت عينة الدراسة من 120 راشد مرضى بالسكري النوع الأول.</p>	<p>هدفت الدراسة الى: تقييم أثر أسلوب المواجهة على التكيف الانفعالي للمريض.</p>	<p>بعنوان: أثر أسلوب المواجهة على التكيف الانفعالي للمريض.</p>	<p>دراسة: Smari and Valysdottir, (1997)</p> <p>11</p>

VII التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق للدراسات السابقة ومقارنة مع دراستنا الحالية المعنونة ب: مستوى التنظيم الانفعالي لدى مرضى السكري من خلال متغيري المرونة النفسية والرفاه النفسي، وبعد تفحص الطالب للعديد من الدراسات المتعلقة بموضوع البحث ومتغيراته العربية منها والأجنبية وحتى المحلية، لم أجد في حدود الاطلاع دراسة تناولت موضوع البحث بمتغيراته الثلاث، الا أنه وجد دراسات أخرى مشابهة تناولت أحد متغيرات البحث بمتغيرات أخرى ذات العلاقة بالموضوع.

1/7 من حيث المنهج:

أغلب الدراسات التي تم تفحصها تناولت المنهج الوصفي التحليلي (التحليل الكمي والكيفي)، الا دراسة "Joulia K; Boehm Cloudia Trudel-Fitzgerald; Mika Kivimaki and Laura D. Kubzansky (2015)" تناولت منهج دراسة الحالة، من خلال التشخيص الطبي لكل حالة على حدى، ومقارنة مع الدراسة الحالية فإنها تناولت منهجين؛ المنهج الوصفي التحليلي والمنهج العيادي، وهذا لخصوصية البحث

وكذا تخصص علم النفس العيادي الذي يعتمد في دراساته أكثر على الحالات الفردية عن طريق مجموعة من الأدوات كدراسة الحالة، والمقابلة، والملاحظة.

2/7 من حيث العينة:

اختلفت الدراسات السابقة من حيث اختيارها للعينة حيث وجد أن أهم خصائص العينات المستخدمة من كلا الجنسين (ذكور واناث) تراوحت أعمارهم تقريبا بين (16 – 90) سنة، كما في دراسة ((Prachi Saxena; et al (2011) و (Bujor,L et al, 2014) و (Farra ,A, Rahmania et al, 2010) و (Carslon, S et al, 2021) و (نسرین خوري، 2019) و(عواطف عبد الله وآخرون، 2019) و(القصابي وآخرون، 2021). كما اختلفت الدراسات فيما بينها من حيث حجم العينة، حيث استخدمت بعض الدراسات عينة كبيرة كدراسة (Bujor,L et al, 2014) و (Prachi Saxena; et al (2011) و (نرمن غريب، 2014) و (مانع وآخرون، 2021)، أما الدراسات التي اهتمت بفئة مرضى السكري فكانت تسع دراسات وهي: (سامية بورنان، 2022) و (نسرین غريب، 2014) و (نسرین خوري، 2019) و (سلوى فهد المري، 2018) و (Kristofer, B et al, 2021) و (Joyce, Y et al, 2008) و (Farra ,A, Rahmania et al,) و (Smari &valysdottir, 1997)، وكل الدراسات المذكورة درست الاناث والذكور، لكن دراسة كل من (سلوى فهد المري، 2018) و(عواطف عبد الله وآخرون، 2019) درست الاناث فقط، ودراسة (نسرین خوري، 2019) درست ذكور فقط.

أما الدراسة الحالية فقد اهتمت بفئة مرضى السكري ذكور واناث، حيث يرى الطالب أن هذه الفئة تتراوح ما بين سن مراهقة الى الكهولة، والبالغ عددهم 170 مريض في الدراسة الوصفية وحالتين في الدراسة العيادية.

من حيث النتائج:

أظهرت نتائج الدراسات السابقة فروقا من حيث النتائج وهذا حسب خصوصية كل دراسة وثقافتها المنتمية اليها، في حين أنه اشتركت دراستنا الحالية مع بعض نتائج الدراسات التي سبقتها سواء من حيث المستوى أو الفروق بين العينات حسب كل متغير، مع ذكر ملاحظة وهي أن هناك دراسات استعملت مقاييس متشابهة وتوصلت الى نتائج مغايرة، وهذا قد يكون راجع الى خصوصية العينة وثقافة المجتمع التي تنتهي اليها ونوعية المرض المصابة به، وفيما يخص نتائج الدراسات حسب الجنس لاحظ الطالب وجود فروق في الدراسات المعروضة بالنسبة لكل متغير من متغيرات البحث.

في الدراسة الحالية سوف يدرس الطالب مستوى التنظيم الانفعالي من خلال متغيري المرونة النفسية والرفاه النفسي لدى فئة مرضى السكري، والبحث في الفروق بين الجنسين في كلا المتغيرات ويلاحظ أوجه التشابه والاختلاف بينها وبين الدراسات السابقة المعروضة، مع البحث عن بعض العوامل الكامنة وراء القصور في بعض المتغيرات لدى مرضى السكري.

وبالتالي استفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة التي تناولت دراسة بعض متغيرات البحث الحالي: في الإطار النظري والتطبيقي، وطريقة المعالجة الإحصائية، وكيفية تحليل المعطيات، كما استفدنا من خلال هذه الدراسات الى صياغة ووضع فروض الدراسة الحالية.

المبحث الأول:

" Emotional Regulation " التنظيم الانفعالي

تمهيد

- I تعريف التنظيم الانفعالي
- II مكونات التنظيم الانفعالي
- III أهداف التنظيم الانفعالي
- IV مبادئ التنظيم الانفعالي
- V استراتيجيات التنظيم الانفعالي
- VI النظريات المفسرة للتنظيم الانفعالي
- VII التنظيم الانفعالي ودوره في الصحة والمرض
- VIII الآثار السلبية الناجمة عن عدم تنظيم الانفعال
- IX علم النفس الإيجابي ودوره في الصحة والمرض

خلاصة

تمهيد:

ان عملية تنظيم الانفعالات من الخصائص المهمة في حياة الانسان فهي تنمو وتتطور مع تطوره منذ الطفولة، ومع مرور الزمن تسهم في تنظيمها مجموعة من العوامل الوراثية والفيزيولوجية وحتى الأسرية، ويحدده (Gross, 2002: 282) بأنه: "الاستراتيجيات الشعورية واللاشعورية التي يستخدمها الفرد لكي يزيد أو ينقص أو يحافظ على واحد أو أكثر من مكونات الاستجابة الانفعالية"، ومن خلال هذا الفصل سوف نتطرق الى: ماهية التنظيم الانفعالي، مكوناته، أهدافه، استراتيجياته، ودوره في الصحة والمرض، وكذا النظريات المفسرة له، والتعريف بعلم النفس الإيجابي ودوره في الوقاية.

1 تعريف التنظيم الانفعالي "Definition of emotional regulation":

قبل التطرق الى تعريف التنظيم الانفعالي يجب الوقوف أولاً على ماهية الانفعال كيف ظهر ومتى ظهر، فمن خلال الرجوع الى التعاريف التي قدمت حول الانفعال والتي قدرت بحوالي أكثر من 100 تعريف، لن يتفق العديد من الباحثين حول إعطاء تعريف أو مفهوم شامل ومحدد له.

1.1 تعريف الانفعال "Deinition of emotional"

لغة: وفقاً لـ كاترين بالزنج (Catherine, B., 2007) فان:

كلمة انفعال "Emotion" مأخوذة من الكلمة اللاتينية "Emovère" أو "Emotum" والتي تعني: إزالة أو اهتزاز.

ومن كلمة "movère" أو "Semouvoir" التي تعني: النهوض أو التحرك في الواقع.

وبالتالي فان قواميس السابع عشر والثامن عشر ميلادي وصفوا الانفعالات من حيث "الحركة" بمفرد سلوكي.

ومع ذلك فان كلمة انفعال "Emotion" تعني: الحركة "Mouvement" بمعنى للإشارة الى: حركة الروح "Mouvement de lame" أي الحالة الذاتية الداخلية. (Catherine, B., 2007: 14).

ووفقاً لما سبق ذكره حول أصل الكلمة فان الانفعالات تصدر تغييرات نفسية وسلوكية أو كلاهما، إيجابية (كالمتعة والفرحة) أو سلبية (كالاشمئزاز والقلق) المرتبطة بسلوكيات تقرب أو تجنب.

اصطلاحاً:

لقد اقترح كل من كلينجينا وكلينجينا (Kleinginna, P & Kleinginna, A., 1981:11) تعريفاً عملياً من بين 92 تعريفاً للدلالة على الانفعالات وهو أن: "الانفعالات هي نتيجة تفاعل مجموعة من العوامل الذاتية والموضوعية بواسطة أنظمة عصبية أو هرمونية، والتي يمكن أن تحفز تجارب وخبرات مثل مشاعر الاثارة والمتعة والاستياء، وكذا توليد بعض العمليات المعرفية ذات الصلة بالانفعال كردود الفعل والادراكات مما ينتج عنهما تنشيط العمليات الفيزيولوجية العامة لتحفيز السلوكيات نحو هدف ما قابل للتكيف.

اذن: نستنتج من خلال هذا التعريف أن هناك ثلاث مكونات رئيسية للانفعال هي: المكون المعرفي الذاتي، المكون الفيزيولوجي، والمكون السلوكي.

تعريف فرويد (Sigmund, F., 1915):

الانفعال: "يتضمن سيرورة التفريغ الجسدي"

تعريف وليام جيمس (William J., 1984):

الانفعال: "هو ادراكنا للتغيرات التي تحدث في أجسامنا" نقلاً عن (Catherine, b., 2007: 15)

2.1 تعريف التنظيم الانفعالي:

تعريف رحمانية، وآخرون (Rahmania, F.A., et al., 2020: 03):

استراتيجية تتضمن إعادة صياغة طبيعة الأفكار والأفعال التي تؤثر وتتحكم في انفعالات المرء، وكيف يتم التعبير عن تلك المشاعر أو الانفعالات لاحقاً، وقد صرح (Gross, & Thompson., 2007) بأن التنظيم الانفعالي يشكل قدرة استراتيجية تساعد الأفراد للحفاض على الانفعالات الايجابية لديهم، فضلاً من الاستجابات الانفعالية السلبية.

تعريف ايفانجلوس، وآخرون (Evangelos, C., et al, 2018: 02):

يشير الى أحد الجوانب المشتركة من كل جوانب الحياة اليومية: " العملية الدينامية التي يستخدمها الأفراد للتأثير على انفعالاتهم أو التغلب عليها.

تعريف كريستوف (Christophe, 2009: 60):

يشير الى تلك المحاولات المتكررة من قبل الأفراد بهدف التأثير على طبيعة الاستجابة الانفعالية، وهذه العملية يمكن أن تكون تلقائية أو خاضعة للرقابة أو واعية.

تعريف جروس، وجون (Gross, & John., 2002: 282):

التنظيم الانفعالي هو تلك العمليات التي تؤثر على انفعالاتنا، عندما ندركها ونعبر عنها".

ووفقا لـ (John, & Gross., 2003) فان تنظيم الانفعال يتضمن جانبين هما: اعادة التقييم المعرفي والقمع التعبيري.

فالأول: شكل من أشكال الإدراك لديه القدرة على تغيير الانفعالات بناء على الأفكار التي يحملها الأفراد.

والثاني: شكل من أشكال تعديل الاستجابة يسمح للأفراد بإيقاف السلوك السلبي من التعبير الانفعالي للفرد.

اذن: هاتين العمليتين من عمليات التنظيم الانفعالي تنفذ اما: عن وعي أو غير وعي، والاستجابة الناتجة يمكن أن تكون تجربة للفرد اما انفعالية أو سلوكية.

يعرف جراتس، ورويمر (Grats, & Roemer., 2004: 42): مجموعة من القدرات التي تشتمل: (إدراك وفهم الانفعالات، وقبول الانفعالات، التحكم في السلوك الاندفاعي، العمل على الأهداف الحالية عند التعرض للمشاعر السلبية، والاستخدام الظرفي والمرن لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي) ويكشف الغياب النسبي لأي أو معظم هذه القدرات عن صعوبات في تنظيم الانفعال (بسيوني، 2017).

كما يعرف جروس، وريشرد (Gross, & Richard.,2007): استراتيجية تتضمن اعادة صياغة طبيعة الأفكار والأفعال التي تؤثر وتتحكم في انفعالات المرء، مع كيفية التعبير عنها لاحقاً" (أسليم، 2017:34).

تعريف (المزيني، 2001:69):

عملية التحكم والسيطرة على الانفعالات والتعامل بمرونة مع مختلف المواقف والأحداث الماضية منها والجديدة، مما يزيد من قدرته على التوافق مع الآخرين (حمدان، 2010:35).

تعريف (الريان، 2006:38):

حالة التروي والمرونة الوجدانية اتجاه المواقف الانفعالية المختلفة التي تجعل الأفراد يتمتعون بالسعادة والهدوء والتفاؤل وثبات المزاج وثقة غي النفس...، على غرار الأفراد الذين يعزفون عن هذه الحالة يولد لديهم مشاعر العدوانية والكآبة والتشاؤم، وتسهل اثارتهم ويتقلب مزاجهم.

كما يعرفه كاي، وبديجون (Key, & Pidgeon., 2013) بأنه: " العملية التي يقوم من خلالها الأفراد بالتأثير في الأحداث المحيطة بهم وفقاً لزمان حدوثها، طبيعتها، والخبرة الشخصية، والقدرة في التعبير عن المشاعر" (مانع، وآخرون، 2021:13).

التنظيم الانفعالي: مجموعة من العمليات الداخلية والخارجية المسؤولة عن رصد وتقييم وتعديل ردود الفعل العاطفية، وذلك عندما يحاول الفرد أن يؤثر في نوع أو كمية الانفعال الذي يخبره هو أو يخبره الآخرين من حوله، مع كيفية التعبير عن تلك الانفعالات (العاسمي، 2018:05).

3.1 الفرق بين الانفعال والمشاعر والعاطفة والمزاج:

- I. الانفعال " Emotion ": خبرة نفسية طارئة استجابة لمؤثر معين كالغضب، الخوف.
- II. العاطفة " Affect ": تنظيم نفسي له صفة الدوام والثبات، وله موضوع واحد محدد.
- III. المشاعر " Feelings ": هي مخزون ما نملكه من تجارب عاطفية مرت بنا في حياتنا.

- IV. المزاج "Humeur": حالة انفعالية معتدلة نسبياً تغطي الفرد فترة من الزمن وتعاوده حيناً آخر.
- V. الوجدان "sympathy": هو الجانب الشعوري لحياتنا الانفعالية الطويلة الأمد، يتصف بقدر عالي من الاستقرار. (Cherry, 2023).

من خلال ما تم عرضه من تعاريف عدة لعديد من الباحثين حول التنظيم الانفعالي نستخلص أن التنظيم الانفعالي مفهوم مهم جداً في تحديد السوي واللاسوي لدى الفرد، وذلك من خلال الاستراتيجيات التي يسلكها الفرد أثناء تعرضه لموقف ما، بهدف تنظيم حالته الوجدانية وضبط مكونات الاستجابة الانفعالية من خلال الوعي والفهم والتعبير عن الخبرات الانفعالية ومن ثم الحصول على سلوك هادف منظم.

II مكونات التنظيم الانفعالي

للتنظيم الانفعالي ثلاث مكونات حسب ما جاء عن (Gratz, & Roemer., 2004) وورد في (يعقوب، 2011):

1.2 المكون الذاتي: الذي يتألف من الخبرات الشعورية والعناصر المعرفية:

يقصد بالخبرة الشعورية: تلك المشاعر التي يشعر بها الشخص المنفعل ويستطيع التعبير عنها بعد تأملها أو استبطانها من قبل أن يصف حالته أثناء الفرح بالدفء والتهيج والانشراح.

أما العناصر المعرفية: فهي مجمل الأفكار عند الشخص المنفعل والمتعلقة بالموضوع الذي أثار انفعاله إلى جانب ادراكه للتغيرات المختلفة التي تحدث له اتجاه شعوره بها وفهمه لها.

2.2 المكونات الفيزيولوجية:

ويقصد بها تلك التغيرات الفيزيولوجية التي تحدث خلال الحالة الانفعالية ويمكن الكشف عنها بواسطة أجهزة معينة مثل: أجهزة ضغط الدم، معدل ضربات القلب، ملامح الجلد، معدل التنفس، حرارة الجسم، التغيرات الكيميائية في الدم، التوتر العضلي، التعرق وتوتر الجسم.

3.2 المكونات الخارجية التعبيرية:

وهي مختلف التعبيرات والایماءات الوجهية والاشارات الغير اللفظية التي تبدو على وجوه الأشخاص أثناء انفعالهم، فضلا عن الحركات والأوضاع البدنية والألفاظ التي تصدر عنهم (بسيوني، 2017).
ويحدد جروس هذه المكونات بأنها تتضمن ما يلي:

- مكون الخبرة = الذي يشمل المشاعر الذاتية للفرد وفقا لخبراته الحياتية
- مكون سلوكي = يتضمن الاستجابات السلوكية
- مكون فيسيولوجي = يتضمن الاستجابات الفيسيولوجية (كضربات القلب، ضغط الدم، ارتفاع او انخفاض السكري، تصلب الجلد...) (يعقوب، 2011: 455).

III أهداف التنظيم الانفعالي:

الفرد يحاول تنظيم انفعالاته من خلال نوعين هما:

➤ التنظيم المنخفض للانفعالات: وذلك من خلال التركيز على النواحي التجريبية والسلوكية للانفعالات السلبية (أسليم، 2017).

➤ التنظيم المرتفع للانفعالات: من خلال مشاركة الخبرات الايجابية مع الآخرين (أحمد، 2009).

اذن: فالهدف من التنظيم الانفعالي مساعدة الفرد في خفض أو زيادة اما حجم أو مدة سلبية أو ايجابية المشاعر (مرعي، 2019).

2. حسب (Larsen, 2000) فان التنظيم الانفعالي يهدف الى تنظيم الوجدان من خلال المتعة واللذة التي

تدفع الفرد لخفض الحالات الانفعالية السلبية وزيادة الحالات الانفعالية الايجابية (بسيوني، 2017).

وينطوي تنظيم الانفعال حسب " Gross, 2014 " على ثلاث سمات أساسية هي:

أ. هدف التنظيم: وهو ما يحاول الفرد تحقيقه.

ب. استراتيجيات التنظيم المستخدمة: من أجل تحقيق الأهداف.

ج. النتائج المراد تحقيقها: وهي ما يراد الوصول اليه.

ولكي يحقق الفرد النتائج والأهداف الموجودة يتطلب امتلاكه مستوى مناسب من المرونة النفسية التي

يعرف بأنها "الاستجابة الانفعالية والعقلية التي تمن الانسان من التكيف الايجابي مع مواقف الحياة

المختلفة." (العاسمي، 2018: 07).

IV مبادئ التنظيم الانفعالي

هناك العديد من المبادئ العامة التي تسهم في تنظيم الانفعالات والتخلص من الجوانب السلبية

والاضطرابات النفسية نذكر من بينها حسب ما جاء به (السيد وآخرون، 2009):

✓ تولد المشاعر طاقة زائدة في الجسم، مما تساعد الفرد على القيام ببعض الأعمال المفيدة من خلال

التعبير عن تلك الطاقة الانفعالية.

✓ الحصول على معلومات ومعرفة حول المحفزات المثيرة للعواطف وآثارها السلبية للتغلب على

الاضطرابات التي تسببها الانفعالات.

✓ البحث عن استجابات تتعارض مع الانفعال، فاذا شعر الفرد مثلا نحو شخص ما بالملل لأسباب

معينة، فانه يبحث أن أسباب أخرى أكثر ايجابية تغير اتجاهه نحوها.

✓ تغيير الاهتمامات: فاذا لم يستطيع تغيير الاتجاهات فعليه أن يغير اهتمامه نحو هذا المثير الى مثير

آخر، أو الابتعاد عن هذا الشخص.

✓ الاسترخاء: فالانفعال يحدث حالة من التوتر في عضلات الجسم، لذا على الشخص في مثل هذه

الحالات القيام بالاسترخاء العام لتهديئة الانفعالات وتناقصها تدريجيا (قومان، 2016: 18).

V استراتيجيات التنظيم الانفعالي

نموذج جروس (Gross) لعملية التنظيم الانفعالي:

طور (Gross,2002) نموذجا يشرح من خلاله عملية الضبط الانفعالي، اذ ميز بين نوعين من

الاستراتيجيات المهمة لتنظيم الانفعالات وهما:

▪ استراتيجية التركيز المسبق (Antécédent -focused stratégies): وتشمل العمليات التي يقوم بها الفرد

قبل حدوث الموقف الانفعالي وتوليد الاستجابات الانفعالية بشكل كامل.

▪ استراتيجية التركيز على الاستجابة (Responce -focused strategies): وتشمل العمليات التي يقوم بها

الفرد بعد حدوث الاستجابة الانفعالية، أو عندما يكون الانفعال قد بدأ بالفعل.

كما قدم (Gross, & Thompson.,2007) خمسة أنواع من الاستراتيجيات الأخرى التي تسهم في تسلسل

انتاج الاستجابة الانفعالية وتنظيمها وهي:

1. استراتيجية اختيار الموقف

يعتبر اختيار الموقف أو الوضعية أول خطوة من خطوات عمليات التنظيم الانفعالي، ويتضمن اختيار

الموقف أن تكون في وضع يسمح بظهور الانفعالات المرغوبة التي نريد اظهارها (رزق، 2017).

2. استراتيجية تغيير أو تعديل الموقف

أن يكون لدى الفرد أكثر من مستوى مختلف من الانفعال (سعاد، 2016). حيث يسعى الفرد الى اجراء

عدة تغيرات على الموقف أو الوضعية ليصبح أكثر ايجابية بالنسبة له، ويشار الى هذه الاستراتيجيات الثانية

بمصطلح " السيطرة الأولية " أو التعامل المرتكز على المشكلة (عفانة، 2018: 18).

3. استراتيجية توجيه أو توزيع الانتباه

تشير الى توزيع الانتباه الى موقف أو وضعية معينة من أجل التأثير على الاستجابة الانفعالية (أسليم،

(2017).

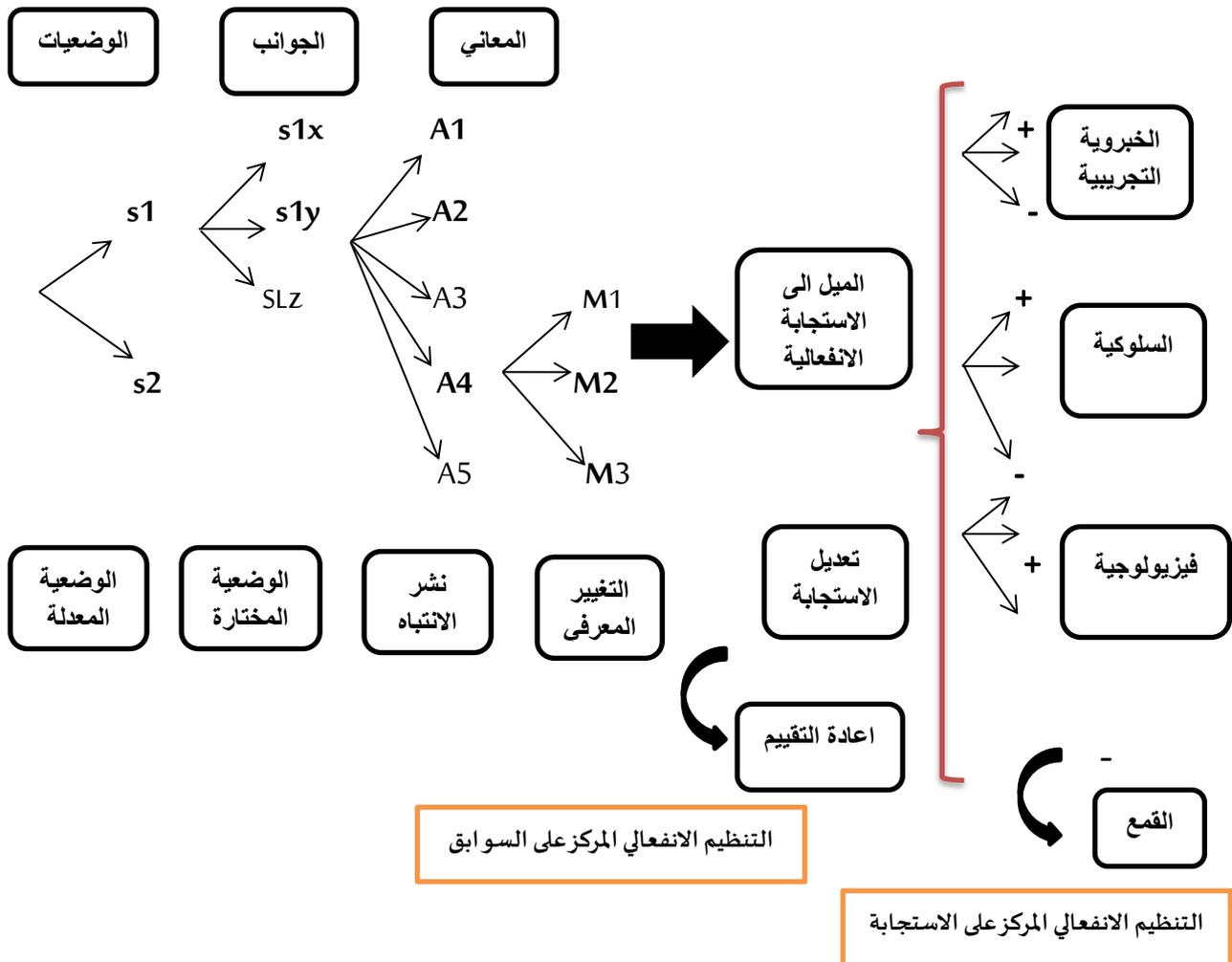
4. استراتيجية اعادة البناء أو التغيير المعرفي

تشير الى انتقاء واحد أو أكثر من التقييمات الايجابية التي تؤدي الى تنظيم الانفعالات المختلفة (مرعي، 2019: 21).

5. استراتيجية تعديل الاستجابة

تشير الى التفاعلات الفيزيولوجية والسلوكية المختلفة، والتي تكون عندما تتم الاستجابة الانفعالية بالفعل (Liliana, P.S.A., 2013).

ويمكن تلخيص ما سبق في الشكل التالي:



الشكل رقم (01): يوضح نموذج جروس (Gross) لعملية التنظيم الانفعالي

(Source : Gross, 2002 : 282)

وفي سنة 2003 طور كروس (Gross, 2003) نموذج آخر لعملية التنظيم الانفعالي وهو الذي تم اتباعه في

الدراسة الحالية من خلال:

استراتيجيتين هما (اعادة التقييم المعرفي، والقمع التعبيري).

1. اعادة التقييم المعرفي:

استراتيجية يتم من خلالها التخفيف أو الزيادة من طبيعة الاستجابة الانفعالية، فهي استراتيجية تعتمد

على سوابق الاستجابة الانفعالية، لكنها تظهر وتتدخل قبل حدوث مسار الاستجابة.

في معظم الحالات فان هذه الاستراتيجية تقلل من المشاعر والانفعالات السلبية وتزيد من المشاعر

الاجيابة والسعادة والرفاهية النفسية والتفاؤل، والتي تتمثل في تحديد الجوانب الايجابية للحالة عند

توقعها للعواقب (Christophe, et al, 2009: 60).

2. القمع التعبيري:

هذه الاستراتيجية تعمل على منع وكبح التعبير عن الانفعالات حتى لا يتم تواصل الفرد مع الآخرين

حول حالتهم الانفعالية، لكن يظهر ذلك من خلال تعابير الوجه، نبرة الصوت، وضعية الجسم... الخ، وهي

استراتيجية غير وظيفية.

كما لها تأثير تقليل التعبير السلوكي عن المشاعر السلبية هذا من جهة، ومن جهة أخرى التخفيف من

التعبير عن المشاعر الايجابية، فهي تتدخل في وقت متأخر نسبيا في التسلسل الانفعالي وهذا ما يؤدي الى

التخفيف من الرفاهية النفسية للأشخاص الذين يستعملون هذه الاستراتيجية بكثرة. (Christophe, et

al, 2009: 61).

VI النظريات المفسرة للتنظيم الانفعالي

هناك العديد من النظريات التي فسرت التنظيم الانفعالي نذكر منها:

1/6. نظرية جيمس كروس:

يعد جيمس، جروس " James, Gross " صاحب نظرية التنظيم الانفعالي في أكثر من موضوع، حيث أشار من خلالها الى الطريقة التي يختبر بها الفرد انفعالاته وكيف يتحكم بها ويعبر عنها، حيث يذكر أن الأفراد يستخدمون مجموعة من الاستراتيجيات الواعية والغير الواعية بهدف الحفاظ أو خفض أو الزيادة على احدى مكونات الاستجابات الانفعالية (مرعي، 2019: 38)، كما يشير جون وجروس (John, & Gross 2003) الى أن القدرة على تنظيم الانفعالات تظهر من خلال إعادة تكوين الموقف الاجتماعي في العقل بشكل إيجابي، مما يساعد الفرد في تقديم استجابات انفعالية جيدة وإيجابية تنعكس على الصحة النفسية للأفراد (ولاء، 2020: 37)، وفي ذات السياق وضع جروس (Gross, 2007) أن عملية تنظيم الانفعالات عملية نفسية تكون على عدة مكونات منها(الذاتية والاجتماعية، النمائية والمعرفية، والبيولوجية) فهي التي تحدد مدى قدرة الفرد على تنظيم انفعالاته.

لقد وصف جروس (Gross) أنموذج لعملية تنظيم الانفعال بأنه كل الاستراتيجيات الشعورية واللاشعورية التي تستخدم في الزيادة أو المحافظة أو خفض أحد أو أكثر من مكونات الاستجابة الانفعالية، ولكي يظهر الفرد نمطا معيناً من الانفعال يلجأ الى تلك الاستراتيجيات التي حددها جروس في استراتيجيتين مختلفتين هما:

أ/ استراتيجية التركيز المسبق

وهي التي يلجأ اليها الفرد في حالة الاستعداد للاستجابة قبل أن يكون متفاعلاً مع المثير للموقف الانفعالي بشكل كلي، وقد ميزها بين أربعة أنواع مختلفة، والتي يمكن أن تطبق في مواقف مختلفة في عملية حدوث الانفعال وهي:

1. اختيار الموقف (Situation Selection)

2. تعديل الموقف (Situation modification)

3. توزيع الانتباه (Attentional deployment)

4. التغيير المعرفي (Cognitive changing)

ب/ استراتيجيات تركيز الاستجابة

لها نوع واحد والذي أطلق عليه جروس تعديل الاستجابة (Response modification) (اسليم، 2017: 53).

وفي سنة 2003 طور جروس (Gross, 2003) نموذج آخر لعملية التنظيم الانفعالي من خلال:

استراتيجيتين هما (اعادة التقييم المعرفي، والقمع التعبيري).

1. اعادة التقييم المعرفي: " Cognitive Réévaluation "

2. القمع التعبيري: " Expressive Repression "

الأولى: تعمل على التخفيف من المشاعر والانفعالات السلبية وتزيد من المشاعر الإيجابية.

والثانية: تعمل على منع وكبح التعبير عن الانفعالات.

2/6. نظرية التحليل النفسي:

تعتبر نظرية التحليل النفسي واحدة من مدارس علم النفس التي تتعامل مع العديد من الموضوعات

وأهمها تنظيم الانفعالات القلقة (عتوتة، 2018)، ويعتقد فرويد أن القلق هو تجربة انفعالية مؤلمة تشمل

الانفعالات السلبية الناتجة عن تجاهل التعبير عن الدوافع الغريزية.

ميز فرويد ثلاثة أنواع من القلق: القلق الموضوعي (الواقعي) والقلق العصبي والقلق الأخلاقي. ووفقاً

لهذا الموقف، فإن تنظيم القلق يتخذ شكل تجنب مثل هذه المواقف التي من شأنها أن تؤدي إلى القلق في

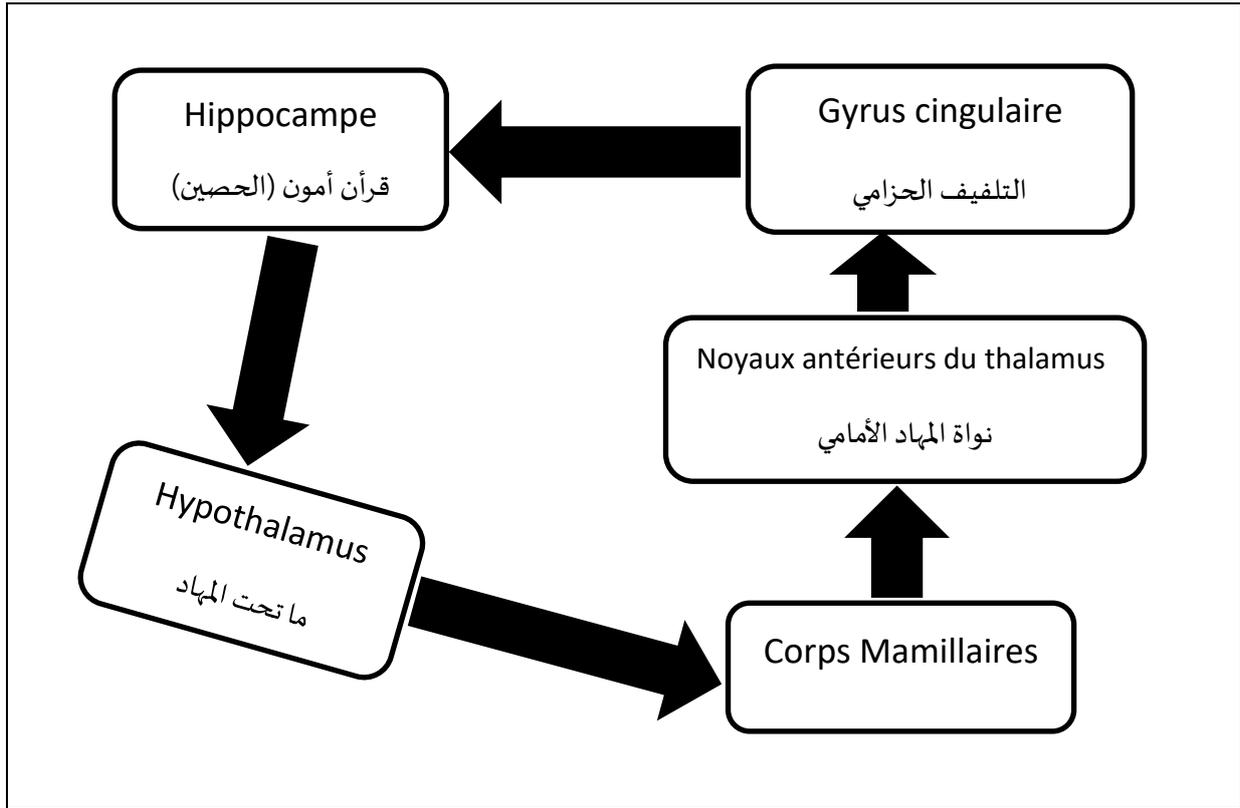
المستقبل (عفانة، 2018: 24)، كما تؤكد نظرية التحليل النفسي ذلك من خلال استخدام آليات الدفاع النفسي المصممة لتقليل التوتر والضغط، يعمل نظام القلق من خلال المساعدة التي يقدمها للفرد لإدارة مشاعر القلق (أحمد، 2009). يشير هذا إلى أنه يمكن للأفراد استخدام عمليات تنظيمية غير واعية لمساعدتهم على إصلاح التجارب العاطفية السلبية (مرعي، 2019: 25).

3/6. نظرية الاجهاد والتعامل:

تقترح هذه النظرية إمكانية أن يستخدم الفرد تحت تأثير البيئة المجهد أساليب واعية لتنظيم استجاباته للتحديات التي يواجهها في المواقف العصبية (Selye, 1956- 1974)، وتؤكد النظرية على أهمية العمليات المعرفية في التعامل مع الأحداث الخارجية لتحقيق التوافق مع الأحداث الخارجية (Lazarus, 1996)، وأشارت إلى أن الفرد يدير علاقته المضطربة مع محيطه من خلال بذل جهود معرفية وسلوكية باستخدام نوعين من استراتيجيات المواجهة، وهما: تهدف استراتيجيات المواجهة إلى البحث عن أي معلومات تتعلق بمشكلة ما ومعالجتها، وتهدف استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال إلى تقليل تجربة المشاعر السلبية، وتعتبر المعالجة القائمة على الانفعال على وجه الخصوص مكوناً أساسياً لدراسة التنظيم الانفعالي (عفانة، 2018: 25).

4/6. التفسير العصبي البيولوجي للانفعال:

ترتبط التنشيطات الفيزيولوجية المختلفة بالحالات الانفعالية التي تتعلق بالجهاز العصبي اللاإرادي مثل: تغيرات نبضات القلب، ضغط الدم، السكري، درارة حرارة الجسم ... الخ، من خلال مستويات هرمونية محددة وبعض النواقل العصبية أيضا (كالأدرينالين والنورأدرينالين والسيروتونين والمونوأمين وغيرها)، والتي بدورها تنشط محور ما تحت المهاد، الغدة النخامية، الغدة الكظرية والبنكرياسية وغيرها من الغدد التي يتحكم فيها الجهاز العصبي اللاإرادي (Catherine, b, 2007: 118) ومثال ذلك: زيادة معدل ضربات القلب والاستجابة في العديد من الانفعالات كالخوف والغضب والحزن.



ويمكن تلخيص ما سبق في دائرة باييز (Papez, 1937) من خلال الشكل التالي:

Source : (Catherine, b, 2007 :119)

شكل رقم (02): يوضح نموذج دائرة باييز "Papez" للتفسير البيولوجي للانفعالات

يتضح من خلال الشكل رقم (02) أن:

Hippocampe (قرآن أمون) هو المنشأ الرئيسي للانفعالات، والذي يرسل المعلومات نحو منطقة ما تحت المهاد "Hypothalamus" (أين يتم تحديد التعبير الانفعالي)، ثم تصل المعلومات إلى مستوى التلفيف الحزامي "Gyrus cingulaire" أين تتحول إلى خبرات انفعالية يتم تفاعل مكوناتها مع بعضها البعض لتصدر انفعال معين يتم التعبير عنه بواسطة الجسد أو الأيماءات أو السلوكيات.

وبالتالي فإن هذه الدائرة تشترك في العديد من النقاط مع أكبر فص وهو ما يطلق عليه بالجهاز اللمبي "

." System limbique

VII التنظيم الانفعالي ودوره في الصحة والمرض:

الانفعالات شكل من أشكال السلوك والسلوك اما أن يكون متزن أو عديم الاتزان، كما أن قدرة الفرد على تعديل وتغيير الطريقة التي يعبر بها عن الانفعالات هي العامل الرئيسي في الصحة النفسية (جاب الله، 2015)، تساهم الأنماط الانفعالية للفرد في تكوين سمات الشخصية وحالته العقلية الصحية، حيث يعتبر تنظيم الانفعالات ضرورة أساسية ومتكاملة في مجال الصحة البدنية والعقلية، اذ انه يساعد على تحسين قدرة الفرد على مواجهة المشكلات من خلال إعطائها. معنى جديد للتعامل مع المشاعر والمواقف الضاغطة.

1/7. التنظيم الانفعالي والصحة النفسية:

يتطلب التفاعل مع البيئة الخارجية بطريقة ناجحة مستوى جيد من التنظيم الانفعالي، لأن عملية تحقيق التوافق الجيد والحالة النفسية الجيدة مهمة للغاية. وبالتالي فإن الأفراد الذين يفشلون في تطوير المرونة والفعالية على مستوى ضبط وتنظيم وادارة انفعالهم، فان ذلك يؤدي بهم إلى إدراك سيء بشأن حالتهم النفسية.

تأكد بعض الدراسات بخصوص الأفراد الذين لا يمكنهم التعامل بفعالية مع ردودهم الانفعالية الناتجة عن خبرات الحياة اليومية، والتي قد تستمر لفترات طويلة مع ارتباطها بالأسى قد تتطور الى تشخيص الاكتئاب والقلق، وقد اقترح (Aldoa, et al, 2010) أن الأفراد ذوي الانفعالات الضعيفة الضبط أو التنظيم غالبا ما يلجؤون الى الطعام أو الكحول للهروب من انخفاض ضبط انفعالهم (بن قويدر، وكركوش، 2018).

2/7. التنظيم الانفعالي والصحة الجسدية

للانفعالات الشديدة نصيبا كبيرا فيما يصاب به الفرد من أمراض جسدية، لذا يعد للتنظيم الانفعالي دورا مهما في الصحة الجسدية لما له من تأثير بالغ الأهمية، وبالتالي فان الدراسات التي تناولت

استراتيجيات التنظيم والضبط الانفعالي حسب دراسة (بن قويدر، وكركوش، 2018: 262) قسمت الى فئتين هما:

الفئة الأولى: تدرس النجاح العام أو الفشل في تحكم الانفعالات وتنظيمها وتأثيرها على الصحة البدنية، والتي توصلت الى نتائج ايجابية للتعبير الانفعالي (الذي يعكس النجاح في الضبط الانفعالي) وتحسن النتائج الصحية.

أما الفئة الثانية: ركزت على النتائج الفيسيولوجية الحادة لكل من الالغاء (Suppression) واعادة التقييم (Reappraisal). (Gross, 2002) حيث أن الالغاء يؤدي الى زيادة الاستجابة اللاإرادية، في حين أن التقييم المعرفي يؤدي الى الحد من الاستجابات اللاإرادية.

لذا فهي تتطلب قدرا من التنفيس أو التصريف كما ذكرت (حمدان، 2010: 43) بهدف انسياب الطاقات الحشوية الداخلية والتغيرات الفيزيولوجية الخارجية لتؤدي وظائفها في يسر وانسجام، لأنها إذا لم تجد منفس تنعكس بالضرر على الفرد وتستمر مع الزمن في حالة إعاقة وكف بسبب الكبت أو القمع فتصبح "مزمنة" مما يسبب بها الى ظهور الأمراض السيكوسوماتية.

وبالتالي إذا أغلقنا الباب في وجه انفعالاتنا ولن نسمح لها بالتعبير، فإن أجسادنا تنوب بمهمة التعبير المطلوب من هذه الانفعالات وتصبح الأمراض أو الاضطرابات الظاهرة بمثابة المترجم عن حياتنا الانفعالية اللاشعورية. (حمدان، 2010: 44).

من خلال ما سبق ذكره يتبين أن للانفعالات دور مهم جدا في تحديد وضبط وتنظيم وتغيير الاستجابة الانفعالية، في حين أن عملية السيطرة على الانفعال عملية معقدة جدا تتحكم فيها متطلبات البيئة الخارجية، ومنه فالنجاح في عمليات تنظيم وضبط الانفعال يتطلب استخدام استراتيجيات متكيفة يتكرر استخدامها في المواقف الانفعالية، وهذا دلالة على المرونة النفسية التي تحقق الصحة النفسية والجسدية.

VIII. الأثار السلبية الناجمة عن عدم تنظيم الانفعال:

قدرة الفرد على تنظيم الانفعالات تحميه من تطور الاضطرابات السلوكية والعاطفية، واستخدمت جمعية العلاج النفسي الأمريكية (American psychiatric association) مسائل تنظيم المشاعر كمعيار للكشف عن العديد من الاضطرابات السلوكية والنفسية مثل العنف والقلق النفسي وغيرها (Heather, 2010). ان صعوبة تنظيم الانفعالات وتدني كفاية الفرد في ضبط انفعالاته ومستوى التعبير عن العواطف قد ينتج عنه ما يلي:

➤ عدم تحقيق الأهداف البعيدة المدى

➤ كما أشار ايكمان (Ekman, 2003) الى أن عدم قدرة الفرد على تنظيم انفعالاته يعد مدخلا مهما للعديد من الاضطرابات الانفعالية أهمها (القلق، الغضب، الاكتئاب ...)، مما قد تؤدي تلك الاضطرابات الى مشكلات صحية كارتفاع ضغط الدم، السكري، خلل في افراز الهرمونات، ضيق التنفس... الخ (قرمان، 2016: 19-20).

خلاصة:

وختام هذا الفصل يمكن القول أن للانفعالات نصيب فيما يصاب به الانسان من أمراض أو اضطرابات نفسية وجسمية، ويتجلى هذا من خلال مجموع العمليات البيولوجية والعصبية التي تحدثها، الا أن عملية السيطرة على هاته الانفعالات وخاصة السلبية منها تتحكم فيها مجموعة من الاستراتيجيات والتي يطلق عليها باستراتيجيات التنظيم الانفعالي كاستراتيجية إعادة البناء المعرفي والتحكم الانفعالي وحل المشكلات وغيرها من الاستراتيجيات التي يمكن استخدامها في عملية التحكم وضبط هذه الانفعالات، وهذا ان دل على شيء فإنما يدل على أن لبعض المتغيرات الإيجابية أيضا التي يمتلكها الفرد كالمرونة النفسية والرفاه النفسي تساعده على عملية تنظيم انفعالاته والحفاظ على صحته النفسية والجسمية.

المبحث الثاني:

" Psychological Flexibility " المرونة النفسية

تمهيد

- I تاريخ بحوث المرونة النفسية
- II تعريف المرونة النفسية
- III المفاهيم المرتبطة بالمرونة النفسية
- IV الفروق بين الصلابة والمرونة النفسية كمفهومين متشابهين
- V أهمية المرونة النفسية
- VI خصائص الأفراد ذوي المرونة النفسية
- VII عمليات زيادة المرونة النفسية
- VIII عوامل تعزيز المرونة النفسية
- IX داء السكري أحد الأمراض المزمنة

خلاصة

تمهيد:

تعتبر المرونة النفسية عامل مهم وحاسم للصحة النفسية للفرد، إذ تساعده في القدرة على التعافي من التأثيرات السلبية الناتجة عن الصدمات والشدائد والضغوطات بشكل ايجابي، مع مواصلة واستمرار حياته اليومية بفعالية ومقدرة عالية، وتنمية شخصيته بصورة سليمة ومتوازنة.

1 تاريخ بحوث المرونة النفسية:

من خلال الاطلاع على العديد من الأدبيات المتعلقة بمفهوم المرونة النفسية، وجد أن هذا المفهوم كغيره من المصطلحات في مجال العلوم الاجتماعية تتعدد فيه المفاهيم وتختلف من باحث لباحث آخر، ومن دراسة لدراسة أخرى، ومرد هذا الاختلاف يرجع الى أن البعض ينظر الى المرونة من خلال المجال العلمي الذي ينتمي اليه، ومنهم من يرجعها الى طبيعة الموضوع أو العينة التي يريد دراستها وغيرها.

ومن المفاهيم الشائعة الاستخدام في أدبيات البحث والشديدة الارتباط بمفهوم المرونة النفسية هي: (الصلابة النفسية، الصمود النفسي، الجلد، مرونة الأنا)، كما أنه لا يوجد ترجمة موحدة لهذا المفهوم باللغة الأجنبية فهناك من يطلق عليه (Psychological flexibility)، وهناك من يترجمه بـ (Psychological Resilience)، والبعض الآخر (Psychological Hardiness)، وآخرين (psychological Rigidity).

ولكن بعد تصفح الطالب للعديد من الأدبيات والدراسات التي تطرقت الى هاته المفاهيم (طنوس، والخميس، 2018؛ بوحجار، وتاوريرت، 2017؛ أوبو حلاوة، 2014؛ Kristofer, et al, 2021؛ Emma&Robert, 2016؛ Kashdan, 2010) وجد أن أغلبها تحمل تعريفات موحدة بمعاني مختلفة، ومنه استخلص الى أن هناك اختلاف في مفهوم المرونة النفسية وبعض المفاهيم الأخرى (كالصلابة النفسية) مع اختلاف في الترجمة وهو ما سنشير اليه في الجانب النظري لاحقا.

ان أولى بدايات ظهور مصطلح المرونة النفسية نشأ في مجال العلوم الفيزيائية والتي تعني: "القدرة الحادة للمعادن على العودة الى حالتها الأصلية" (أبو حلاوة، 2013: 19).

وبعد ذلك تم توسيع المفهوم واستخدامه في مجال علم النفس والطب حيث عرفه (N, Sillamy) في موسوعته (Dictionnaire de la psychologie) على أنه: "مقاومة الفرد أو النظم الاجتماعية لعوامل وجودية صعبة، وبالتالي القدرة على العيش والنمو رغم الظروف الغير الملائمة" (بوحجار، وتاوريرت، 2017).

أول من استخدم مصطلح المرونة أو الصلابة أو الجلد في مجال الطب وعلم النفس كان في الولايات المتحدة الأمريكية على يد العالم جرميزي (Germezy) حيث نشر أول نتائج أبحاثه حول الجلد، واستخدم ما يعرف بعلم الوبائيات الذي يدرس من يتعرض للمرض ومن الذي لا يتعرض ولماذا؟ وهذا من أجل البحث عن عوامل الخطورة وعوامل الحماية، وبالرغم من أن هذا المصطلح أكثر انتشاراً في فرنسا إلا أنه يرجع الى رائد التحليل النفسي الكلاسيكي فريد (Freud) الذي وضع القواعد النفسية الاستمولوجية الأولى لهذه المقاربة من خلال آليات الدفاع في التحليل النفسي، لكن باستعمال مصطلح آخر هو: التسامي. (بوحجار، وتاوريرت، 2017).

وفي سنة 1970 أوضحت كوبازا (Kobasa) أن مفهومي المرونة والصلابة مفهومان مستقلان ومتداخلان في نفس الوقت لهما علاقة بقدرة الفرد على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة والتكيف معها، ومواصلة شق طريق الحياة بشكل ايجابي. ومن خلال الدراسات والأبحاث التي قامت بها، استهدفت معرفة التغييرات النفسية التي تطرأ على الأشخاص بصحتهم النفسية والجسمية رغم تعرضهم لنفس الضغوط (عبيد، وخلف، ورضا، وغريب، 2016).

في حين أن وورنر (Warner, 1982) كانت واحدة من أوائل العلماء الذين استخدموا مصطلح المرونة، فقد درست مجموعة من الاطفال ينتموا لمنطقة فقيرة جداً، واغلبهم ترعرعوا في بيئة أسرية غير سليمة

(ادمان كحول، أمراض نفسية، بطالة)، ولاحظت أن ثلثي هؤلاء الاطفال قد أظهروا سلوكيات تدميرية، في حين لم يظهر الثلث الباقي هذه السلوكيات، لذلك أطلقت ورنر اسم " المرنين " على أفراد المجموعة الأخيرة رغم أنهم ترعرعوا بنفس أجواء عائلات باقي المجموعة (القواسمة، 2019: 10).

ومع مرور الزمن تزايدت البحوث في موضوع المرونة في مجال علم النفس عامة وعلم النفس الايجابي خاصة، حيث اهتم الكثير من الباحثين في الكشف عن عوامل الحماية التي تكمن وراء تمكن الافراد من التكيف والتطور واعادة النمو والاستمرار رغم تعرضهم للضغوط والصدمات والازمات الصحية والأسرية وغيرها.

II تعريف المرونة النفسية:

لغة:

قال ابن فارس (مرن) أصل صحيح يدل على لين الشيء وسهولته

وجاء في لسان العرب: مرزٌ، يمززٌ، مززٌّ، ومززٌة وهو لين في صلابته.

يقال: مرنت يد فلان على العمل أي صلبت واستمرت والمرانة هي اللين. (الأحمدي، 2007: 02).

اصطلاحاً:

المرونة النفسية حسب (Kristofer S, et al, 2021): "عملية ديناميكية يتم من خلالها تكيف الفرد مع المتطلبات الظرفية المتقلبة، يعيد تكوين الموارد العقلية، ويغير المنظور، ويوازن بين الرغبات واحتياجات ظروف الحياة".

كما يعرف كونور، ودافيدسون (Conner, & Davidson, 2003) المرونة النفسية بأنها: "القدرة على الشفاء أو الرجوع الى الحالة السوية بعد التعرض للحدث الضاغط".

- تعريف روتر (Rotter, 2008):

المرونة النفسية بأنها: "تكوين ثنائي الأبعاد، يتضمن البعد الأول: التعرض للمتاعب والاحداث الضاغطة والصدمات، أما البعد الثاني: يتكون من خلال التوافق الايجابي مع هذه الاحداث مما يؤدي الى نتائج ايجابية.

ويشير (أزلينا شهاير) في مقام آخر أن المرونة النفسية هي: " قدرة الفرد على التعافي من الأمراض والاكنتاب والمصائب، مع قيامه بوظائفه بالرغم من التحديات والظروف الصعبة المحيطة به، وهذا يتطلب من الفرد القدرة على التكيف" (شقورة، 2012: 10).

تعريف (أبو حلاوة، 2013: 13):

المرونة النفسية: تشير الى فكرة ميل الفرد الى الثبات والتكيف، والمحافظة على هدوئه واتزانه الانفعالي مع المواقف والاحداث فضلا عن المواجهة لها.

- تعريف الجمعية الأمريكية لعلم النفس " American Association psychologist ": المرونة النفسية: " عملية التوافق الجيد والمواجهة الايجابية للشدائد، الصدمات، النكبات، أو الضغوط النفسية العادية التي يواجهها البشر مثل المشكلات الأسرية، المشكلات الصحية الخطيرة، ضغوط العمل والمشاكل المالية. (بن حديد، وبن الطاهر، 2022).

- المرونة النفسية في ضوء العلاج النفسي القائم على التقبل والالتزام: " ذلك الشعور الانساني المدرك الذي يمثل الاتصال بالحظة الراهنة، وتعرف المرونة حسب هذا المنحى من خلال ست عمليات أساسية وهي (التقبل والاستعداد، الازالة (فك اندماج)، الاتصال بالحظة الحالية، الذات كسياق، القيم... الخ (بوقفة، 2019: 09).

- تعريف (الأحمدي، 2007):

المرونة النفسية هي: "الاستجابة الانفعالية والعقلية التي تمكن الانسان من التكيف الايجابي مع مواقف الحياة المختلفة سواءً كان هذا التكيف بالمتوسط او القابلية للتغير".

تعريف (هويده، 2018: 01):

المرونة النفسية بأنها: "ميل الفرد الى الثبات والحفاظ على هدوئه واتزانه النفسي عند تعرضه لمواقف ضاغطة وعصيبة، فضلا عن قدرته على المواجهة الايجابية لهذه الضغوط او المواقف".

تعريف (البشار، ومقابلة، 2020: 02):

المرونة النفسية: "خاصية مستمرة، تستمر بالتطور طول عمر الفرد، وتشير الى تلك الطاقة الانتاجية الايجابية لمواجهة الظروف والتحديات وتحقيق الأهداف".

تعريف (القصابي، 2021: 04):

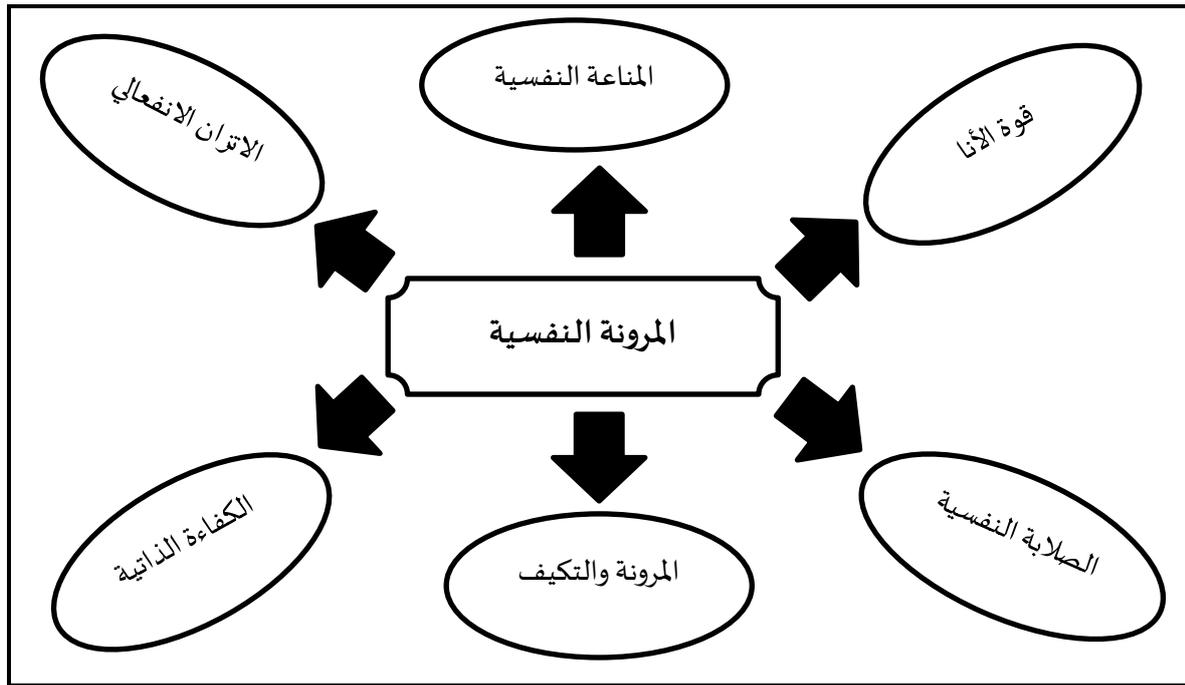
المرونة النفسية: "عملية تكيف ايجابي مع مواقف وأحداث الحياة اليومية، وذلك من خلال استغلال الفرد لقدراته وطاقاته الكامنة".

وفي ضوء التعريفات السابقة يجد الباحث أن المرونة النفسية:

- ✓ قوة انسانية
- ✓ خاصية نفسية
- ✓ تحافظ على التكيف والنمو الصحي
- ✓ عملية ديناميكية تطويرية (تكيف، تنظيم، كفاءة، تحول، ارتداد الى الحالة السوية...الخ).

III المفاهيم المرتبطة بالمرونة النفسية:

تشابه المرونة النفسية مع بعض المفاهيم الأخرى، وهذا التشابه يكون إما في التأثير والنتائج على الأفراد أو في الأسباب المؤدية إلى حدوث الظاهرة، أو في بعض الخصائص التي يتشابه فيها الأفراد الذين ينطوون تحت هذا المفهوم، ومن خلال هذا المخطط سنوضح أهمها كم هو مبين في الشكل التالي:



الشكل رقم (03): يوضح المفاهيم التي لها علاقة بالمرونة النفسية

- قوة الأنا (Ego Strength): ويقصد بها القدرة على التكيف مع متطلبات الواقع، والاحتفاظ بأوضاع انفعالية متزنة مع القدرة على التحكم في الانفعالات، والتعبير عنها في مواقف الغضب والخوف والصراع (عبد ربه، 2010).
- المناعة النفسية (Psychological Immunity): نظام تكاملي متعدد الأبعاد يتضمن مصادر المقاومة والحماية من الضغوط والازمات، ومنها التفكير الإيجابي، الثقة بالنفس، المرونة النفسية، تنظيم الذات، الضبط الانفعالي (الليثي، 2012).

- الاتزان الانفعالي (Emotional Regulation): هو أن يكون لدى الفرد القدرة على التحكم والسيطرة على انفعالاته المختلفة، ولديه مرونة في التعامل مع المواقف والأحداث الجارية، بحيث تكون استجاباته الانفعالية مناسبة للمواقف التي تستدعي هذه الانفعالات (شقورة، 2012: 13).
- الكفاءة الذاتية (Self- Efficacy): هذا يتطلب مستوى عالياً من الثقة بالذات والايمان بالذات التي تمكن الشخص من مواجهة أي تحد، الكفاءة الذاتية تتضمن أن يدرك الشخص الذي لديه قدرة انه يستطيع النجاح رغم التحديات التي تواجهه في العالم الخارجي (الهاشمية، 2017: 26).
- المرونة والتكيف (Resilience and Adaptable): المرونة والتكيف يمكنان الانسان من الاستجابة بمرونة للتحديات المجهولة، من خلال البحث عن طرق لمواجهة الظروف، والتكيف مع الواقع الجديد، وبالتالي فان كل من المرونة والتكيف يقللان من تأثير الجمود في مواجهة التحديات (الهاشمية، 2017: 26).
- الصلابة النفسية (Psychological Resilience): وفقاً لـ كوبازا (Kobaza) الصلابة النفسية هي: "مجموعة من السمات تتمثل في اعتقاد أو اتجاه عام لدى الفرد في فعاليته وقدرته على استخدام كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة، كي يدرك ويفسر ويواجه بفعالية أحداث الحياة الضاغطة وتتضمن ثلاث أبعاد رئيسية هي: الالتزام، التحكم، التحدي. ووفقاً لـ (Scheir, & carver) فان الصلابة النفسية تعني: "ترحيب الفرد وتقبله للمتغيرات أو الضغوط التي يتعرض لها، حيث تعمل الصلابة النفسية كمصدر واقى ضد العواقب الجسمية السيئة للضغوط (لؤلؤة، وحسن، 2002). ويضيف (مخيمر، عماد، 1996) ان الصلابة النفسية أحد خصائص الشخصية الايجابية تؤدي الى المحافظة على سلامة الأداء النفسي والجسدي في حال التعرض للضغوط والمواقف الشاقة والانهك النفسي.

اذن: ان الاختلاف بين المرونة والمتغيرات النفسية الأخرى هو أن المرونة لا تتيح للفرد تجاوز الضغوط فحسب، وانما تستطيع تزويدهم بمهارة التعامل معها والاستفادة منها، واعتبارها تحديا يستحق المواجهة والفرصة للتقدم (Nil, 2006).

IV الفروق بين الصلابة والمرونة كمفهومين متشابهين:

هناك العديد من الباحثين والطلبة وحتى المختصين في المجال العيادي ما يخلطون بين مفهومى المرونة والصلابة نظرا للتداخل والتشابه والتقارب بينهما، ومن هذا المنطلق سوف نذكر مجموعة من الخصائص التي تزيل اللبس عنهما:

المرونة النفسية (Psychological Flexibility)	الصلابة النفسية (Psychological Resilience)
صفة نفسية أساسية للصحة النفسية، تهدف الى الثبات والحفاظ والاستمرار والتكيف في مواجهة الضغوط والصدمات التي يتعرض لها الفرد.	صفة نفسية أساسية للصحة النفسية تدعم الشخص لتجاوز أزماته، وهي جزء مكون للمرونة النفسية فبدونها يكون الشخص عرضة للاكتئاب مع الصدمات والمشكلات.
خصائص الشخص المرن نفسيا:	خصائص الشخص الصلب نفسيا:
✓ الشخص المرن نفسيا هو الشخص الذي لديه القدرة على التكيف والمقاومة والاستمرارية في الحفاظ على توازنه واستقراره النفسي بعد التعرض لمشكلات أو صدمات أو مصائب.	✓ الشخص الصلب نفسيا هو الشخص الذي على الرغم من معاناته من المشاكل والاضطرابات التي ممكن أن تززع استقراره النفسي، يكون قادر على الحفاظ في القوة والمقاومة.
✓ المرونة النفسية ليست حالة من السعادة أو الراحة فحسب، بل هي أيضا القدرة على التنقل بمرونة بين متطلبات الحياة المتغيرة عند ظهور الأفكار	✓ كما حددت سوزان سي كوبازا (Kobaza) من خلال دراستها أن الأفراد ذوي الشخصيات

المشاعر الصعبة.	الصلابة لديهم عدد من الخصائص المشتركة
✓ المرونة النفسية تمكننا من قبول مشاعرنا وافكارنا	هي: الالتزام، السيطرة، التحدي.
بعد التعرض لأحداث ضاغطة على المدى الطويل.	

(خلدون، 2021)

من خلال ما سبق ذكره حول التشابه والتداخل بين مفهومي الصلابة (Resilience) والمرونة (Flexibility) نستنتج ما يلي:

1. الصلابة النفسية جوهر المرونة النفسية: بمعنى أن نوع الشخصية ذات المقاومة والصلابة النفسية للمواقف والأحداث الضاغطة ينبأ بشخصية مرنة في التكيف مع هذه الأخيرة.
 2. الصلابة النفسية سمة وراثية وكذلك سمة قابلة للتعلم، اما المرونة النفسية فهي سمة شخصية تنمي وتكتسب من خلال تجارب الحياة اليومية.
 3. الصلابة النفسية جزء من المرونة النفسية (المرونة مفهوم واسع وأشمل من الصلابة النفسية).
 4. المرونة النفسية مؤشر هام من الصلابة النفسية بمعنى:
- المرونة النفسية تعكس جانبا مهما من الحياة النفسية لفرد تتمثل في (مرونة آليات الدفاع والتكيف، توفير استراتيجيات ايجابية لمواجهة الضغوط النفسية)، أما الصلابة النفسية تعكس موارد الشخص المعرفية وأساليب مواجهة الضغوط النفسية.

✓ أهمية المرونة النفسية "The importance of psychological flexibility":

المرونة النفسية تكويننا نفسيا بالغ الأهمية لارتباطها وفقا لما خلصت اليه نتائج ربما الآلاف من الدراسات بتمكين الانسان من ادارة متاعب الحياة وشدائدها وعثراتها باقتدار وجدارة، فضلا عن اعتبارها أحد المحددات المركزية للصحة النفسية وربما من أهم مؤشراتنا في نفس الوقت (أبو حلاوة، 2021)، وقد كشفت نتائج دراسة (تود كاشدان وآخرون، 2020) بأن ذوي المستوى المرتفع من المرونة

النفسية يتميزون بالقدرة على ضبط وتنظيم حالتهم النفسية الداخلية المزعجة وادارتها بصورة ايجابية، فضلا عن الأمر الذي يدفعهم باتجاه الابحار في الحياة بعقابة السلوك الوجيه الهادف بغض النظر عن متاعب الحياة وعقباتها وظروفها الصعبة (أبو حلاوة، 2021).

وقد خلص (يان فيلتون، 2021) الى حصر أكثر من ألف دراسة ومقال علميا عن المرونة النفسية وصفا وتفسيرا وقياسا، وفي مجالات علمية متنوعة بما يثبت فعالية متغير المرونة النفسية في الصحة النفسية العامة للشخص في الحياة وفي تمكينهم من تحمل آلامها ومتاعبها وتجاوزها باقتدار وفعالية.

VI خصائص الأفراد ذوي المرونة النفسية:

تناول العديد من الباحثين الحديث حول خصائص المرونة النفسية منهم: هرت وآخرون (Hart & al, 2007)، حيث أشار الى ستة خصائص أساسية لدى الأفراد ممن يتمتعون بمرونة نفسية، تمثل عوامل وقائية تساعد على تعزيز الصحة النفسية للأفراد يمكن اجمالها فيما يلي:

➤ القدرة على اقامة العلاقات الاجتماعية المتبادلة، فهي عنصر عطاء وتلقي المساندة الانفعالية، وتسهم هذه العلاقات في تنمية الشعور بالانتماء فضلا عن كونها مصدرا للشعور بالطمأنينة والأمن النفسي.

➤ الشعور بالاستقلالية والاعتماد على الذات، والقدرة على صنع واتخاذ القرار دون الانصياع للآخرين.
➤ مستوى مرتفع من مهارات القدرة على حل المشكلات، ومهارات التفكير قبل الفعل مع التروي وعدم الاندفاع تجنباً للوقوع في الخطأ أثناء التفاعل مع الآخرين.

➤ النظرة الايجابية للذات والشعور بالثقة والكفاءة.

➤ القدرة على ادارة الانفعالات والمشاعر القوية السلبية والايجابية على مستوى التفهم والتنظيم والتعبير عن الثقة بالذات.

➤ المثابرة والاجتهاد، وقد تم اعتبارهما أنهما من الضروريات لتحمل والصبر بغض النظر عن المتاعب والمصائب. (رشا، والعزب، 2021: 13)

كما أشار (Connor & Davidson, 2003) الى أن الأفراد ذوي المستوى العالي من المرونة النفسية يتصفون بعدة خصائص منها:

- الالتزام
- التعلق والتواصل الجيد مع الآخرين
- الشعور الواقعي بالسيطرة
- وضوح الأهداف الشخصية والجماعية
- الشعور بالكفاءة الذاتية
- التفاؤل والايمان

اضافة الى هذا أشارت الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) الى عشرة طرق لبناء المرونة النفسية يمكن اجمالها فيما يلي:

- العلاقات الاجتماعية الايجابية مع الآخرين بصفة عامة، وأعضاء الأسرة، الأصدقاء بصفة خاصة.
- تجنب الاعتقاد بأن الأزمات أو الأحداث الضاغطة مشكلات لا يمكن حلها.
- تقبل الظروف التي لا يمكن تغييرها.
- القدرة على اتخاذ أفعال حاسمة في المواقف الصعبة.
- التطلع لفرص استكشاف الذات بعد الصراع مع الخسارة.
- تنمية الثقة بالذات
- فهم الأحداث الضاغطة في إطار السياق التي تحدث فيه.

- الحفاظ على روح التفاؤل والاستبصار وتوقع الأفضل.
- رعاية المرء لعقله وجسده، وممارسة تدريبات منتظمة مع الانتباه لحاجاته ومشاعره، بالإضافة الى ممارسة الأنشطة الترفيهية والاسترخاء.
- التعلم والاستفادة من الخبرات السابقة والتأسيس لحياة مرنة ومنتزعة. (APA, 2010)

وقد أشار يونجار (Ungar, 2004) الى مجموعة من العوامل التي ترتبط بالمرونة النفسية وقسمها

الى ثلاث فئات أساسية هي:

1. عوامل تعويضية: تمثل القدرة على التقليل من الأخطاء الناتجة عن التعرض لخطر معين، وقد تكون هذه الجوانب فردية أو بيئية مثل: الايمان والموقف الايجابي اتجاه الحياة.
2. عوامل وقائية (حماية): تقوم هذه العوامل بعملية دمج وتفاعل مع الخطر للتقليل من نتائجه السلبية، وتكون بمثابة درع يتمكن الفرد من خلاله من مواجهة هذا الخطر.
3. عوامل تحدي: تظهر هذه العوامل قدرة الفرد في التعامل مع المصائب والتحديات بأشكالها المختلفة من مرض او خسارة أو غير ذلك، والتي بدورها تساعد في التقليل من أثار الاجهاد الناتجة عن هذه المصائب مستقبلا (رشا، والعزب، 2021: 12).

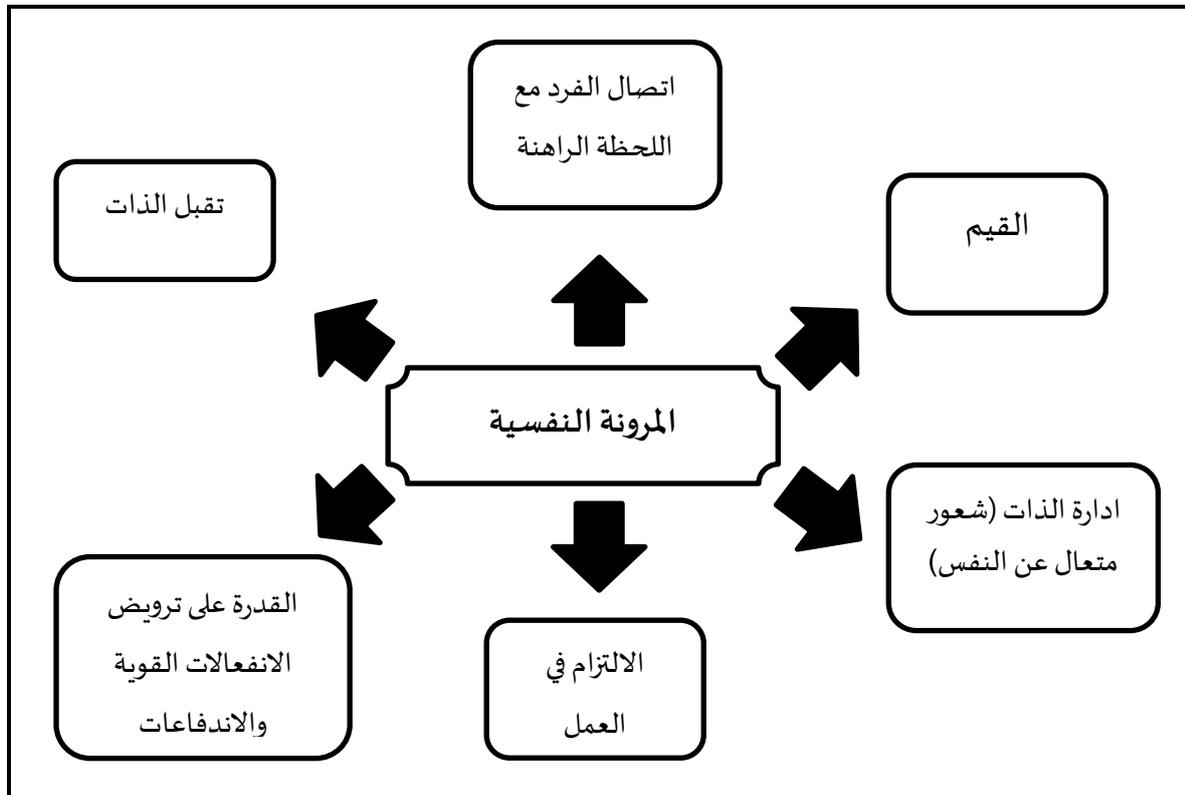
اذن: لكي يحقق الفرد النتائج والأهداف الموجودة يتطلب امتلاكه مستوى مناسب من المرونة النفسية التي يعرف بأنها "الاستجابة الانفعالية والعقلية التي تمن الانسان من التكيف الايجابي مع مواقف الحياة المختلفة." (العاسمي، 2018: 07).

من خلال ما سبق ذكره يتضح أن المرونة النفسية كعامل وقاية تعين الفرد على التوافق والتكيف الايجابي مع المواقف والأحداث الضاغطة والمؤلمة، كما أنها تقلل من الأثار السلبية التي تحدثها هذا

الضغوط على الصحة النفسية والجسدية للأفراد، بحيث يصبح هذا الفرد ينظر الى الحاضر والمستقبل بنظرة استشرافية ملؤها الأمل والتفاؤل.

VI. عمليات زيادة المرونة النفسية "Psychological flexibility enhancements":

يرى كل من ليوما وآخرون، (2007؛ سياروشي، وبيريش، 2010) أن هناك ست عمليات مترابطة كل منها يدعم الآخر، والتي تساعد في تنمية المرونة النفسية كما هي موضحة في الشكل رقم (04) حسب ما جاء عن (بن حديد، 2015: 57-58).



(source: Russ، Harris, 2011)

شكل رقم (04): يوضح عمليات زيادة تعزيز المرونة النفسية

1. اتصال الفرد مع اللحظة الراهنة او الاستبصار:

يعني إدراك الفرد لخبراته في المواقف الراهنة واستغلالها، مع اعطائها تصور حسب ما يتوفر لديه من معلومات كافية.

2. تقبل الذات:

أن تكون لديه ثقة ونظرة ايجابية لذاته من خلال ادراكه الحقيقي لما يدور حوله من مواقف وأحداث.

3. القدرة على ترويض الانفعالات القوية والاندفاعات:

بمعنى تغيير الأفكار اللاعقلانية للحد من تأثير العمليات المعرفية الغير المنفذة للسلوك، وذلك من أجل تسهيل وادارة المواقف.

4. ادارة الذات:

وتعني مراقبة الذات والوعي بالذات في مواجهة المواقف والأحداث.

5. القيم:

يقصد بها القيم الروحانية والخلقية التي تنبع من أعماق الفرد، وتعبّر عن اعتقاداته الشخصية مع اعطاء معنى للحياة.

6. الالتزام في العمل أو تحمل المسؤولية:

يتطلب تدريب على مهارات معينة تساعد في تحمل المسؤولية والقيمة الذاتية للفرد.

VII العوامل التي تعزز المرونة النفسية:

لقد أشارت ليزة وآخرون (68 - 66: Lisa.K.et al, 2011) الى عدة عوامل تساهم في تعزيز المرونة

النفسية لدى الأفراد منها:

1.7 عوامل متعلقة بالفرد:

وتعني قدرة الفرد على التعاطف مع الآخرين، وتحمله المسؤولية، والتوجه نحو تحقيق الأهداف والقدرة

على التخطيط (الصحراوي، د.س:14). اضافة الى:

أ. التعامل الايجابي: كيفية حل المشاكل الشخصية والسعي وراء خفض الاجهاد والصراع مع الآخرين.

ب. التأثير الايجابي: كيفية ادارة المعلومات من خلال اعادة التقييم والتركيز، لتوقع نتائج ايجابية.

ج. الواقعية: امكانية وجود توقعات نتائج واقعية (احترام الذات، تقدير الذات).

2.7 عوامل على المستوى العائلي: وتتمثل في:

العلاقات الاجتماعية الجيدة والترابط العائلي مع أعضاء الأسرة والثقة بينهم، مع عدم وجود مشاكل صحية ونفسية بين أفراد الأسرة وذلك من خلال:

أ. التواصل الجيد: بمعنى حل المشكلات وفك الصراعات عن طريق تبادل الآراء فيما بينهم.

ب. الدعم: تقديم المساندة للآخرين (عاطفية، مادية، روحية).

ج. القرابة: وتعني التعلق والحب والعلاقات الحميمة الطيبة فيما بينهم.

د. القدرة على التكيف: مع ظروف وتغيرات الحياة اليومية بما فيها الأدوار الأسرية.

3.7 عوامل متعلقة بالمجتمع: وتتمثل في:

العلاقات الطيبة مع الأصدقاء والأقارب والجيران من خلال:

أ. التماسك: يعني ترابط أفراد المجتمع فيما بينهم عن طريق القيم المشتركة مع الآخرين.

ب. روح الجماعة: أي قدرة الجماعة على العمل معا.

ج. الطمأنينة: عن طريق المنظمات القائمة على الانسان والخدمات الاجتماعية وغيرها.

من خلال ما سبق نستنتج أن العوامل السابقة الذكر تساهم في تعزيز المرونة النفسية لدى الفرد،

ولعل أهم عامل هو ما يتعلق بالفرد من خلال ايجابية التفكير والتعامل الايجابي والسيطرة السلوكية الى

غير ذلك، مع الاخذ بعين الاعتبار المستوى الأسري الذي يلعب دور فعال في غرس روح المحبة بين أفراد

الأسرة، دون اهمال دور المجتمع الذي يعتبر كوحدة أو نسق لكل هاته العوامل السابقة.

أ/ تعريفه داء السكري حسب القاموس الكبير للطب (La Rouce Médicale): "

هو مرض مزمن يتميز بوجود السكر في البول مما ينتج عنه ارتفاع نسبة السكر في الدم، ويتم تعديله بواسطة هرمون الأنسولين الذي يفرزه البنكرياس بواسطة خلايا بيتا (B)، كما يتميز بقصور أو انخفاض إفراز الانسولين للجسم والأعضاء."

ب/ تعريف منظمة الصحة العالمية (OMS): "

هو حالة مزمنة ناتجة عن ارتفاع مستوى السكر في الدم، وقد ينتج ذلك عن مجموعة من العوامل البيئية والوراثية، وقد يرجع هذا الارتفاع الى قلة وجود الأنسولين الذي يعتبر المنظم الرئيسي لتركيز الجلوكوز في الدم."

ج/ التعريف السيكلوجي لمرض السكري:

ورد في الدليل التشخيصي الرابع DSM4 أن مرض السكري هو: " أحد الاضطرابات الجسمية الحقيقية التي تساهم العوامل السيكلوجية بدور هام في بداية الاصابة بها أو في تفاقم الحالة المرضية للفرد."

ر/ تعريف بعض العلماء:

1. تعريف الابراهيمى وتيكماجي (Al- Ibrahimy, & Al-Tukmagi,2017:01):

داء السكري (DM) هو مجموعة من الأمراض الأيضية التي تتميز بها ارتفاع السكر في الدم الناتج عن عيوب الأنسولين إفراز أو عمل الأنسولين أو كليهما، الآثار طويلة المدى لهذه المخالفات الأيضية تؤدي إلى ظهور مضاعفات مزمنة، هذه المضاعفات يمكن أن تؤثر على العديد من أجهزة الجسم وتنقسم المضاعفات إلى الأوعية الدموية الكبيرة ومضاعفات الأوعية الدموية الدقيقة، الكلى، العينين، الاعصاب.

2- تعريف نواز وأزرا (Nawaz, & Azra, 2014: 06):

مرض السكري هو مرض مزمن يصيب الجسم جزئياً أو غير قادر على الإنتاج والاستخدام المناسب للأنسولين، فهو يؤثر على جميع الجوانب تقريباً؛ الأداء النفسي الجسدي التطور المعرفي والتعليم والحياة الأسرية إلى المزاج والعلاقات الشخصية.

3. يعرف سيمون (Simon, 2016: 02):

يعد داء السكري من أمراض الغدد الصماء المزمن، واضطراب التمثيل الغذائي الناتج عن قصور غدة البنكرياس المسؤولة عن إفراز هرمون الأنسولين أو إفرازه بكميات غير كافية، مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة السكر في الدم نتيجة لمقاومة خلايا الجسم للأنسولين حيث السكر لا يدخل في خلايا الجسم.

وعلى ضوء ما سبق يمكن القول إن داء السكري من الأمراض العضوية التي شغلت عقول البشرية منذ معرفتهم إياه حتى الآن أصبح يسمى بمرض العصر، لكن العوامل النفسية تلعب دوراً كبيراً في الإصابة به والتي قد تكون مهيباً منذ مرحلة مبكرة، منذ مرحلة الطفولة إلى غاية الوصول للعامل المفجر الذي قد يؤدي للإصابة بداء السكري.

2- أنواع داء السكر:

أثبتت الدراسات العلمية أن هذا المرض يتجلى في أنواع متعددة، لكن يعتبر النمط المرتبط بالأنسولين الأكثر تواجداً وخطورة ويخص فئة الأطفال والمراهقين وحتى الراشدين، حيث لوحظ أنه يمثل نسبة 99% من الحالات المرضية بداء السكري، بينما تمثل نسبة 1% فقط من داء السكري الغير المرتبط بالأنسولين، وعلى هذا الأساس يوجد نوعان رئيسيان من داء السكري النوع الأول الذي يحدث بسبب التدمير الذاتي للجهاز المناعي لخلايا بيتا البنكرياسية، والنوع الثاني الذي يحدث عادة بعد مرحلة طويلة من مقاومة الانسولين واضطراب التمثيل الغذائي، وهو مرض طويل الأمد وأخطر من النوع الأول لأنه قد يحدث بدون أعراض.

1/2 داء السكري النوع الأول:

وهو الذي يعتمد في علاجه على الأنسولين (His treatment depends on insulin). كما يطلق عليه اسم النمط الأول ويظهر عند توقف البنكرياس عن إنتاج الأنسولين، لذلك يضطر المريض إلى حقن نفسه بالأنسولين اللازم يوميا وعلى فترات متباعدة حسب تعليمات الطبيب طبعا، ويصيب الصغار والمراهقين أي الإصابة تكون في سن مبكرة، ظهوره يكون مفاجئا خلال أيام لا تستطيع جزر لانجرهانز تصنيع الكمية اللازمة حيث أنها مدمرة جزئيا نتيجة حدوث تدمير خلايا لأمما ينتج عنه نقص في كمية الأنسولين وهناك من يرجع سبب إصابة البنكرياس نتيجة عوامل فيروسية أو ضعف المناعة الذاتية. (Simon,2016).

كما يعتقد أن الخلل الوراثي فيه يتضح في الجهاز المناعي، إذ يقوم الجسم بما يصنعه من مواد ضدية لمواجهة الخلايا وتدميرها (Baldewynes , 2011: 11).

2/2 داء السكري من النوع الثاني:

وهو الغير المعتمد في علاجه على الأنسولين (His,nt treatment depends on insulin). يعرف هذا النوع بمرض السكري الغير معتمد على الأنسولين، وتظهر أعراضه في الغالب بعد سن الأربعين (40) تكون بسبب السمنة والاستعداد الوراثي. تقوم غدة البنكرياس بإفراز هرمون الأنسولين بشكل طبيعي إلا انه خلايا الجسم تقاومه فلا يدخل الغلوكوز للخلايا مما يتسبب في ارتفاعه في الدم وتتأخر الأعراض في الظهور رغم وجود المرض مما يشكل خطورة ان تأخر في الكشف عنه يتسبب في مضاعفات خطيرة كأمراض القلب والأوعية الدموية والقصور الكلوي وإصابة شبكية العين وبتر أحد الأطراف (Safer, et al,2016). فهو يحتاج الى:

✓ الحماية الغذائية

✓ الحبوب

✓ النشاط البدني عنصر أساسي للرفاهية والتكيف مع المرض والوقاية من مضاعفاته (Niangoran,& Kouame,2022:03).

1/2 داء السكري النوع الثاني أصبح ينتشر مؤخرا بين الأطفال والبالغين ويشكل نسبة (80 – 90 %) من مجموع مرضى السكري وينقسم الى قسمين:

أ-داء السكري النوع الأول الغيرالمصحوب بالسمنة:

ويشكل المصابون به أقل من 10% من مرضى السكري غير المعتمد على الانسولين.

ب/ داء السكري من النوع الثاني المصحوب بالسمنة:

ويشكل المصابون بهذا النوع من السكري أكثر من 90% من مرضى السكري النوع الثاني.

3/2 سكر الحمل:

حالة مرضية تصيب نسبة من الحوامل تصل الى نصف في المائة وغالبا ما يحدث في النصف الثاني من الحمل وذلك نتيجة للتغيرات الكبيرة في هرمون الجسم (Berrebi, 2005:135).

3- أسباب الاصابة بداء السكري:

1/3 الوراثة "Genetics":

لا يمكن اعتبار مرض السكري مرضا وراثيا بحتا، بمعنى الآباء المرضى بالسكري قد لا يكون أبنائهم مصابين بهذا المرض (جاسم، 2008:31).

ولكن أثبتت بعض الدراسات بأن العامل الوراثي أكد في انتقال مرض السكر وذلك من خلال استعدادات وراثية، فالطفل لا يولد مريض وإنما قد يكون مزود باستعدادات تؤهله للإصابة بذلك أو ما يسمى بـ: (Homo zygote).

وبالتالي عندما يكون كلا الوالدين مصاب هناك احتمال 50% من الأولاد مصابين في حالة الطفل الأول مصاب، وكما بينت دراسات أخرى أن السكر يصيب التوائم المتماثل بنسبة ضئيلة كما قد لا يصابون به اطلاقاً (دحماني، 2010: 54).

2/3 الصدمات النفسية:

الانفعالات النفسية مثل الخوف الشديد والحزن والأرق المستمر والخسائر المالية الكبيرة والمفاجئة أو الحوادث من الأسباب التي يمكن أن تساهم في تطور مرض السكري وهنا تجدر الإشارة إلى أن هذه الأمراض النفسية الخطيرة ليست السبب المباشر لمرض السكري. إلا أن هذا هو الحال إذا تعرض الإنسان لها، خاصة إذا حدثت بشكل متكرر. فهي تؤدي إلى الإصابة بمرض السكري أو تزيد من خطر الإصابة به وتساهم في زيادة مستويات السكر في الدم.

لذلك أظهرت دراسات أن احتمالية الإصابة بمرض السكري تزيد مع تزايد الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد، وفيما يخص نمط الحياة أظهرت دراسات كدراسة المكاوي عبد الرحمان (1999) أن مرض السكري يكون أكثر انتشاراً في مجتمعات معينة، كما أظهرت تلك الدراسات أن السكن في المدينة والأماكن الحضرية تزيد من احتمالات الإصابة بمرض السكري خاصة نوع 2 (حملاوي، 2012: 50).

وبشكل عام، ومن خلال مناقشتنا للعوامل الرئيسية التي تساهم في تطور مرض السكري، اكتشفنا أن لهذا المرض عدة أسباب مختلفة تؤدي إلى الإصابة به وأن الجوانب الوراثية والنفسية تلعب دوراً مهماً في

الإصابة به. ويجب الحذر من كل العوامل التي تؤدي إلى ذلك، ولكن في حالة الإصابة يجب... أن يتبع المصاب التعليمات الطبية قدر الإمكان.

3/3 إصابة البنكرياس:

إن أي خلل في عمل البنكرياس نتيجة إصابة البنكرياس سواء عن طريق تعاطي المخدرات أو الجراحة يؤدي إلى عدم تنظيم مستويات السكر في الدم وبالتالي يؤدي إلى تغيرات في عملية التمثيل الغذائي للطعام وخاصة الكربوهيدرات. مما يؤدي إلى زيادة كمية السكر في الدم ويظهر أيضًا في البول. إن إصابة غدة إضافية تفرز الإفرازات الداخلية في الجسم، مثل الغدة النخامية والغدة الدرقية، من شأنها أن تعرض المريض للإصابة بمرض السكري بسبب تغير إفرازاتها وما ينتج عنها من تغيرات في أعضاء المريض (حربوش، 2008: 90).

4/3 نقص في كفاءة الجهاز المناعي للجسم:

يعود السبب الرئيسي في حدوث النوع الأول من السكر إلى نقص كفاءة الجهاز المناعي والتي يصاحبها ظهور أجسام مضادة (Des anti corps) تهاجم بروتينات الأنسولين وخلايا لنجرها نس وتصيب تلف خلايا بيتا في البنكرياس التي تفرز الانسولين.

ففي الحالة العادية تعمل خلايا الجسم وبالضبط الكريات الدموية البيضاء (GB) على مناعة الجسم من تلك الأجسام الغريبة (الفيروسات والبكتيريا) وتسمى هذه الخلايا باللمفاويات (lymphatics).

ومع ذلك، في حالة عدوى المناعة الذاتية، تتغير هذه الوظيفة: بعد أن تهاجم الخلايا الليمفاوية هذه الأجسام الغريبة، فإنها تتلامس بشكل مباشر مع بعض أنسجة الجسم وتفرز الأجسام المضادة ضد خلايا جزيرة لانجر في الدم. هانس. التي تنتج الأنسولين مما يهددها ويسبب مرض السكري (محمد، 2008: 28).

ذكر التقرير الثاني لفريق خبراء منظمة الصحة العالمية (WHO) المعني بمرض السكري أن السمنة تعتبر أقوى عامل يؤدي إلى مرض السكري غير المعتمد على الأنسولين، ووجد أن كمية الأنسولين في الدم طبيعية في بداية ظهوره. من مرض السكري لدى الأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة (محمد، 2009: 70)، ولكن السمنة وحدها لا تكفي للإصابة بمرض السكري، ولكن أثبتت الدراسات العلمية أن السمنة هي عامل خطر لتطور مرض السكري وأن نسبة هذا المرض ترتفع في أولئك الذين يعانون من السمنة المفرطة أيضا (جاسم، 2008: 31).

7/3 السن "âge":

وفقًا لإحصائيات العديد من البلدان، فإن معدل الإصابة بمرض السكري غير المعتمد على الأنسولين يزداد مع تقدم العمر ويبلغ ذروته بعد خمسين (50) عامًا. ومع ذلك، فإن ما يزيد مع تقدم العمر هو ما يعرف بعدم تحمل الجلوكوز. وهذا مصطلح يعني أن الجسم لم يعد قادرًا على التصرف كيميائيًا على الجلوكوز في قدرته الطبيعية، وبالتالي ترتفع مستويات السكر في الدم، ولكن ليس إلى درجة ظهور الأعراض والمضاعفات. أي أن الحدث هو حالة وسطية بين الحالة الطبيعية والسكري الواضح، ونسبة هؤلاء الأشخاص هي ضعف نسبة المصابين بالسكري، وقسم منهم من يصاب بالسكري. (محمد، 2009: 70).

4. أعراض داء السكري:

أ/ العضوية:

وتتمثل في مجموعة من الأعراض نذكر منها حسب ما جاء في (Baldewyns, 2011: 11):

✓ "كثرة التبول" "Frequent urination"

✓ نحافة الجسم "Slim in the body"

- ✓ تعب وارهاق شديد "Tired and overwhelmed"
 - ✓ "عطش شديد" (Polydipsie) "Severe thirst"
 - ✓ ازدياد الشهية "Polyphagie" (Increased appetite)
 - ✓ "وجود ميكروبات في البول" "Presence of microbes in the urine"
 - ✓ اضطرابات في الرؤية "vision disturbances"
 - ✓ تنميل في الأطراف "Numbness in the limbs"
- ب/ النفسية:

وتتمثل في مجموعة من الأعراض أيضا نذكرها حسب ما ورد في (فوقيه، 2003: 105)

- ✓ القلق الزائد والدائم "Constant anxiety"
- ✓ مشاعر الاكتئاب الحادة "Severe depressive feelings"
- ✓ انخفاض مفهوم الذات "low self-perception"
- ✓ صعوبة التركيز واضطراب الذاكرة "Difficity concentrating and memory disorder"
- ✓ سوء التوافق النفسي "Psychological Misconduct"

5/ مضاعفات داء السكري:

تكمّن مشكلة مرض السكري في المقام الأول في المضاعفات طويلة المدى التي يسببها. ينفرد مرض السكري بين الأمراض الشائعة لأن مضاعفاته تؤثر تقريبًا على جميع أنسجة الجسم والأعضاء المختلفة. وتشير الدراسات أيضًا إلى أن خطر الوفاة أعلى لدى مرضى السكري، بغض النظر عن الجنس والعمر والحالة الاجتماعية. وقد أثبتت دراسة أن هذه الدراسات تشير إلى أن السبب الرئيسي هو أمراض القلب لدى مرضى السكري، ومن بين المضاعفات الأخرى نجد:

✓ الاعتلال العصبي: "Neuropathy"

✓ اعتلال شبكة العين: "Retinopathy"

✓ الاعتلال الكلوي: "Nephropathy"

✓ جلطات القلب والدماغ: "AVC"

✓ تصلب الشرايين وارتفاع الضغط --- الخ: "Hypertension"

ولذلك فإن هذا النوع من المضاعفات يتطور ببطء ويحدث في الشرايين الصغيرة والكبيرة في الجسم بسبب مرض السكري، وللكشف عن هذه المضاعفات وعلاجها مبكرًا، يجب إجراء المراقبة المستمرة تحت إشراف طبي، لأن المشكلة الرئيسية لهذه المضاعفات هي الحفاظ على مستويات السكر المثالية عن طريق تناول الأدوية والنظام الغذائي وممارسة الرياضة لتجنبها. (عزالدين، 2006: 60).

وبالتالي فإن مرض السكري يتطلب تثقيف المريض وتثقيفه من قبل المتخصصين، حيث أن هذا الأخير هو مفتاح علاجه الذي يساعده في التمكن للحد من مضاعفات هذا المرض سواء كانت حادة أو مزمنة، ولكن للأسف لازال تعليم مرضى السكر بطبيعة مرضهم ومساعدتهم على التعايش مع هذا المرض قاصرا في بعض المراكز والمستشفيات، لذلك يحتاج المصابون بمرض السكري الى قدر كافي من التكيف مع جميع أوجه الحياة وفي أماكن هادئة لأنه مرض مزمن سيعيش به طوال حياته.

ثانيا / الجانب السيكولوجي

أ. الاستجابة النفسية للداء:

ان طبيعة استجابة الشخص لإصابته بمرض معين، ترتبط بتجربته السابقة مع المرض وادراكه بها ومفهومه عن الأمراض ونظرتة الى نظام العناية الصحية، فمن جهة: يتعامل المريض مع الداء على أنه مصدر ازعاج وليس كتهديد لوجوده، ومن جهة أخرى يتغلب الداء على المريض ويشله عن تنفيذ نشاطاته المعتادة.

ويمكن توضيح بعض الملامح المهمة لاستجابة المريض لمرضه:

أ/ الأمل "Hope":

الاستجابة النفسية للمرض ترتبط بأمل المريض في الشفاء، فإذا كان هناك أمل تكون استجابته للمرض إيجابية، ولا يعتمد كثيراً على آليات الدفاع، ويكون تكيفه مع المرض كافياً، أما إذا كان يفقد المريض الأمل، فتضطرب صحته النفسية، ويتخذ دفاعات ميكانيكية، وفي بعض الحالات نرى ظهور اضطرابات نفسية أخرى مصاحبة بسبب فقدان الأمل.

ب/ المام المريض بمرضه:

أمر مهم أن يشار إلى اكتشاف مدى المام المريض بمرضه، فنقص المعلومات أو سوء فهمها يمكن أن يزيد من قلق المريض ويعيق عملية الشفاء، وأحياناً تكون معلومات المصاب مرتبطة بخلفيته الاجتماعية والثقافية.

ج/ التجربة السابقة مع المرض:

إن تجربة الشخص السابقة مع الدواء سواء على المستوى الشخصي أو مع الاستخدام المتكرر، تؤثر في استجابته للمرض الذي يعاني منه. فإذا تعافى سريعاً من مرضه السابق فلا داعي للقلق من أن يتطور المرض إلى مرض مزمن يتطلب علاجاً طويلاً الأمد، وإذا لم يتم الشفاء من مرضه السابق تماماً، فقد ينتابه انزعاج وقلق شديد، والذي يرتبط بالتشخيص الطبي الذي قدم له.

د/ الاستجابة للتشخيص:

في حالة الأمراض المستعصية، فإن التعرف على الأعراض وتأكيداتها من خلال التشخيص الطبي قد يكون له تأثير سلبي على المستوى النفسي والجسدي للمريض، الأمر الذي يعكس سلوكه تجاه ذلك مع صعوبة

استيعاب المعلومات والتكيف مع المعطيات الراهنة وأثناء خضوعه للعلاج ممكن أن يطلب المريض رأياً ثانياً أو اختبارات طبية أخرى تؤكد تشخيصه. (حربوش، 2008: 105).

ب. تقبل المرض "Acceptance of disease":

ان تقبل المرض عبارة عن استجابة نفسية، معرفية وسلوكية أيضاً، يتضح من خلالها قدرة الشخص على التكيف مع المتغيرات الحياتية المختلفة، والتي تمس حالته على أصعدة شتى، كما تمكنه من تطبيع كل طارئ لما يتمشى وحياته الخاصة، بحيث لا تمثل له هذه التغيرات أي عائق في سير حياته النفسية والاجتماعية وغيرها ...، وكذلك من المهم التحدث عن تقبل الشخص المريض لمرضه العضوي أيا كان نوع هذا المرض، إذا ما لم يستدعي ذلك تكفل نفسي تكيفي للمريض، غير ذلك لا يمكن ادعاء مشكلة تكيف أو تقبل مع المرض (Amar, L., 2005: 105).

1/2 تقبل داء السكري:

يعتبر داء السكري كما سبق وأن ذكرنا، من الأمراض المزمنة التي ينجر معها تفاعلات نفسية متعددة تحول دون تكيف الفرد المريض مع الوضع الراهن المحاكي لإصابته مع هذا الداء، ولذلك تكون استجابته النفسية الأولية الرفض القاطع للإصابة، لما تمثله هذه المرحلة النفسية من صعوبة، فقد يظهر البعض عزمهم على تحقيق التوازن مع مرض السكري وتقبله كروتين يومي، وآخرون من الصعب عليهم تقبل المرض وعلاجه، مما يؤدي بهم إلى التمرد والرفض واليأس (Emilie,& Geoffroy,2019).

كما أن عدم تقبل المريض لمرضه يرجع إلى عدم وعيه بالمشاكل والمعوقات التي قد يسببها المرض، وعدم وعيه وفهمه الحقيقي للمرض يجعله يفقد وسائل مقاومة المرض أو تقبله والتكيف معه، ومن المهم أيضاً أن يأخذ المرضى في الاعتبار المعايير الأساسية لمرضهم، من خلال تقديرهم مدى تأثير مرضهم على أنشطتهم اليومية، وكذا محيطهم وعلاقاتهم الاجتماعية والمهنية.

ويتجلى تقبل المريض المصاب بداء السكري لمرضه من خلال تقبله للمعايير المتعلقة بنمط حياته والخاصة بالتمارين الرياضية، التغذية الصحية والمصححة للوزن، تناول الأدوية الخاصة به والتي ينصح بها الطبيب، وكذلك العمل جاهدا من أجل تفادي مضاعفات المرض (حربوش، 2008: 106).

3/ العوامل المؤثرة في تقبل المرض:

يمكننا تحديد بعض العوامل التي يكون لها تأثير فعال على عملية العلاج والوقاية من مضاعفات داء السكري، وهي تمثل بدورها أهم معيقات تقبل المريض لمرضه ومنها:

1/3 الأسرة:

الأسرة هي من أهم الجماعات الأولية وأشدها تأثيرا على صحة المريض، خاصة مريض السكري، حيث أن رد فعلها وسلوكها عادة ما ينعكس على صحة الفرد المريض سلبا أو ايجابا، تتأثر الأسرة في مجتمعنا بمرض أحد أفراد أسرتها وتعاني الكثير من جرائه، ولعل أول مشكلة تعترضها هي الأزمة الاقتصادية والمالية التي تكلفها أعباء المرض، حيث تزداد تكاليف العلاج فوق طاقة الأسرة أحيانا، مما تعطل معظم أفراد الأسرة في مرافقة المريض، ومساعدته في اجتياز أزمته، ومن ناحية أخرى يسبب المرض أزمة في البحث عن العلاج الناجح خاصة إذا كان العلاج خارج نطاق المستشفى.

ويزداد دور الأسرة حيوية في حالات الامراض المزمنة والعقلية والتخلف العقلي، فقد أجريت عدة بحوث على مدى الإفادة من خدمات المجتمع المحلي، وأوضحت أن الأسرة تجد صعوبة كبيرة في غالب الأحيان في تلبية احتياجات مريضها، لأن الإعاقة أو المرض لا يهتم المريض فحسب وإنما يهتم الأسرة ككل، وبالتالي لا بد من مشاركة الجميع أفراد الأسرة في مساعدة مريضهم للوصول الى عملية الشفاء خاصة في حالة الامراض المزمنة التي تستمر وتبقى ترافق المريض طوال حياته (المكاوي، والجوهري، 1996: 408).

وهنا نلاحظ أن الطبيب يقوم بكل التشخيصات والمسؤوليات اللازمة عليه، وما على الأسرة أن تقوم بدورها اتجاه المريض، من أجل منحه الرغبة والاستمرار في العلاج، وبالتالي التعايش والتكيف مع المرض.

2/3 المستوى التعليمي:

يعتبر التعليم أحد المتغيرات الاجتماعية الهامة التي تؤثر على الصحة، وخاصة مستوى وعي الأفراد بشكل عام والمرضى بشكل خاص، يلعب دورا حيويا في رفع الوعي الصحي وتحسين صحة مرضى السكري. ولذلك فإن الخبرة والمعلومات التي يكتسبها من محيطه وعلاقاته الاجتماعية تلعب دورا مهما في صحة الأفراد والمجتمع ككل.

وبالتالي فالمرضى الأكثر تعليما يتمتعون بالوعي الصحي والوقائي ويكونون أكثر قدرة على تفهم أسباب المرض وأعراضه وطرق تنفيذ العلاج، كما أن مستوى تعليم المريض يؤثر في العلاقة بينه وبين الطبيب وعلى تقبله أو عدم تقبله للمرض ولنظام العلاج.

حيث أظهرت الأبحاث أن حالة التعليم تتناسب طرديا مع الحالة الصحية في أي مجتمع، فكلما ارتفع مستوى التعليم ارتفع المستوى الصحي وانخفضت نسبة الإصابة بالأمراض والعكس. (السيد، نادية، 1998: 82).

3/3 الوعي الصحي:

ما يهمننا في هذا العنصر هو العلاقة القوية ما بين الوعي الصحي وتقبل المريض لمرضه، لما يمارسه الوعي الصحي من تأثير واضح على الصحة والمرض في ان واحد، ويظهر الوعي الصحي من خلال سلوك المريض من حيث: التوصيات الطبية، الالتزام بقواعد النظافة والنظام الغذائي، التربية، وبالتالي لو أصيب الفرد بمرض ما يتصرف حياله طبقا لوعيه الصحي وما يدركه حول هذا المرض، ولهذا نجد اختلافا واضحا في أساليب مواجهة المرض من شخص لآخر (Emilie, & Geoffroy, 2019).

وبالتالي فالوعي الصحي يلعب دورا مهما في العلاقة بين الطبيب والمريض، فهو يؤثر تأثيرا ايجابيا وفعالا على الاستجابة للمرض والانصياع لأوامر الطبيب، كما أن إدراك الطبيب بالوعي الصحي الذي يملكه المريض يساعده على تبني السبل الأوضح والأسلم للتعامل مع المرض.

4/3 المستوى الاقتصادي والاجتماعي:

يعتبر من المشكلات التي تعيق تقبل المريض لمرضه، وهذا ما أشار اليه " على الميكاوي " حيث أوضح أن الاستجابة للمرض أي تقبله، تتحدد في ضوء الوضع الاجتماعي، إذ أم الوضع الاجتماعي حسب منظوره يحدد سلوك المريض في محافظته على صحته والاستجابة للمرض في حين يحدد الوضع الاقتصادي امكانيات الافادة من سبل العلاج في حالة المرض وتكاليف المحافظة على الصحة (ميكاوي، والجوهري، 1996: 308).

وعلى العموم تبقى هذه العناصر من بين العوامل التي قد تساهم في تقبل أو رفض المريض لمرضه ونخص بالذكر مريض السكري، لذلك فمن الضروري النظر الى المريض على أنه عبارة عن أجزاء مريضة تفصله عن بيئته وحياته العامة، بحيث يقتضي علاجه دراسة توازنه الداخلي النفسي، وضروريات توازنه الخارجي مع البيئة التي يعيش فيها، أي أننا نهتم بحالته النفسية قدر اهتمامنا بحالته العضوية.

4/ نصائح وارشادات:

✓ على المريض أن يتعرف على مرضه والتعرف على ما ينفعه وما يضره

✓ الابتعاد عن القلق قدر الامكان

✓ الاعتماد على النفس وعدم الاعتماد على الآخرين في تنظيم مستوى السكر في الدم

✓ أن يشعر المريض بأنه في صحة جيدة

✓ أن يستطيع المريض المحافظة على وزن عادي مع اتباع غذاء متوازن

✓ أن تكون اختبارات فحص الدم في حدود الطبيعي

✓ مراقبة السكر يوميا

✓ زيارة طبيب العيون والقلب والكلى والأعصاب كل سنة

✓ الرياضة الجسمية المنتظمة والخفيفة وأفضلها رياضة المشي

✓ الاعتناء بالنظافة الشخصية

مراجعة الطبيب المختص لمراقبة السكري وفعالية العلاج (Richard, 1995:263)

خلاصة:

وفي نهاية الفصل يمكن القول بأن مرض السكري هو احدى الأمراض المزمنة التي تدخل ضمن أمراض العصر فلا يكون الشفاء منه بين عشية وضحاها ، وبالتالي على المريض أن يتعايش مع مرضه وأن يحافظ على نفسه وجسده بالابتعاد عن القلق والالتزام بالعناية الجسدية والحمية الغذائية وممارسة الرياضة ، وكل هذا من أجل استمرارية نمط حياة جيد والتقليل من أعراض ومضاعفات هذا المرض فهو المسؤول الأول والأخير عن مرضه وعلاجه، وبذلك عليه اتباع كل الارشادات والنصائح العلاجية بأنواعها سواء المقدمة من طرف الطبيب أو المختص أو الطبيب النفسي.

المبحث الثالث:

الرفاه النفسي " Psychological well – being "

تمهيد

I تعريف الرفاه النفسي

II أبعاد الرفاه النفسي

III خصائص الأفراد ذوي الرفاه النفسي

IV النظريات المفسرة للرفاه النفسي

V الرفاه النفسي وعلاقته بالأمراض المزمنة

VI علم النفس الإيجابي ودوره في الصحة والمرض

خلاصة

تمهيد:

يعد الرفاه النفسي أحد الجوانب الأساسية في تشكيل الصحة النفسية للأفراد، وشعورهم الداخلي الإيجابي بالطمأنينة والبهجة والرضا عن الحياة، والقدرة على التعامل مع ضغوط الحياة الانفعالية والمشكلات والصعوبات التي يمرونها بها بكفاءة وفعالية.

1 تعريف الرفاه النفسي:

يعد مصطلح الرفاه النفسي " Psychological well. Being " عملا مجهدا ومحيرا لأنه يصعب إيجاد مصطلح باللغة العربية يتناسب مع المقصود به من العبارة باللغة الانجليزية، كما وجد المنظرون أن مفهوم الرفاه النفسي أكثر تعقيدا واثارة للجدل بين الباحثين (Afework, 2003).

ففي اللغة العربية يقصد بكلمة " Well. Being " من الناحية اللغوية (خير، صالح، رفاهة، سعادة ...) (البعليكي، ومنير، 2008: 1341). أما في قاموس علم النفس يقصد به: (انشرح، رفاهية، سعادة...) (زهران، 1987: 564).

كما أشارت هيرد (Hird) في كتاباتها حول الرفاه بأنه على الرغم من التعاريف النظرية لكل من السعادة والرفاه النفسي والرضا عن الحياة وجودة الحياة ... الخ، من طرف العديد من العلماء والباحثين إلا أنه لا يوجد اتفاق واضح وموحد للرفاه النفسي (Kristen, & Robert., 2006).

ومن بين التعريفات نجد:

تعريف ريف وسنجر (14: 2008, Ryff, & Singer):

الرفاه النفسي يعني " ازدهار الفرد وتحقيقه لإمكاناته واستغلال قدراته الى أقصى حد ممكن ". (فهاد المري، 2018: 05).

كما عرف نيوجمان (Negovan, 2010) الرفاه النفسي بأنه: توظيف امكانيات الفرد من خلال عملية تحقيق الذات (المري، 2018: 06).

كما يعرف وترمان (Waterman, 1993):

الرفاه النفسي بأنه "تحقيق الذات كي يصل الفرد الى السعادة" (خوري، 2019: 03).

ووفقا لـ هوبرت (Huppert, 2009) فان الرفاه النفسي هو:

شعور الفرد في حياته بأنه على ما يرام، وأن ارتفاع مستوى الرفاه عند الفرد يدل على ارتفاع في مستوى الصحة النفسية، والشعور بالسعادة والرضا عن الحياة (غيات، 2020: 291).

تعريف (خوري، 2019: 27):

الرفاه النفسي: "هو ان يكون الفرد على ما يرام من الناحية النفسية، تتوفر فيه مجموعة من الخصال والقدرات التي تمكنه من تخطي الظروف الصعبة بنجاح وتفوق مقارنة مع غيره"

تعريف رايف وكايز (Ryff & Keys, 1995) الرفاه النفسي بأنه:

قدرة الشخص على تحقيق حياة ذات معنى، ومواجهة تحديات الحياة الواقعية" (مانع، وفلاح، وآخرون، 2021: 13).

كما عرفت (Maoulot, et al, 2020) الرفاه النفسي بأنه:

مفهوم يشير الى كيفية تقييم الفرد لحياته، وهذا التقييم يكون اما في شكل معرفي ادراكي (قائم على رضا الفرد عن حياته)، أو في شكل تقدير الفاعلية (تقييم جيد للعواطف والمشاعر التي تتكرر لدى الفرد عند التفاعل مع الحياة) (الزهراني، 2020: 222).

وتعرف منظمة الصحة العالمية الرفاه النفسي بأنه:

تصور الفرد لوضعه في الحياة وفي محيطه الذي يعيش فيه، وعلاقته بأهدافه ومعاييره وتوقعاته واهتماماته، فالرفاهية مفهوم واسع النطاق يتأثر بصحة الفرد البدنية وحالته النفسية والاجتماعية ومعتقداته الشخصية (WHO,1997).

التعريف العلمي للرفاهية النفسية:

عرفت بأنها: "تمتع الفرد بالصحة النفسية الجيدة والايجابية والقدرة على متابعة الأهداف ذات الغرض، واقامة روابط جيدة مع الآخرين (جاد الحرب، 2013: 01).

من خلال ما سبق من تعاريف يمكن القول إن مفهوم الرفاه النفسي هو أحد الجوانب الأساسية في بناء الشخصية، وذلك من خلال شعور وتمتع الفرد بالسعادة وتحقيق الذات، والرضا عن الحياة... الخ كما أنه أحد الجوانب الايجابية الوقائية التي تساعد على التقدم في العمر والحفاظ على الصحة النفسية والجسمية سواء للأصحاء أو المرضى.

II أبعاد الرفاه النفسي:

لقد حددت كارول ريف (Carol Ryff, 1989: 13) في كتابها مجموعة من العوامل تسهم في الرفاه النفسي حسب ما جاء في (المري، 2018: 07) هي:

- التمسك بالاتجاهات الايجابية حول الذات بالرغم من الوعي بمظاهر القصور (تقبل الذات).
- السعي وراء تنمية علاقات دافعة وموثوقة (علاقات ايجابية مع الآخرين).
- تعديل البيئة لكي تلي حاجاتهم الشخصية وتفضيلاتهم (التمكن البيئي).
- البحث عن اتخاذ القرار بالإضافة الى القدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية (الاستقلالية).
- ايجاد معنى للجهود والتحديات والذات (الهدف من الحياة).
- تطوير الامكانيات من خلال النمو والانفتاح (النمو الشخصي).

كما أضافت ريف (Ryff, 2001) أيضا:

أن هناك العديد من العوامل التي تؤثر على الرفاه النفسي منها: (التقدم في العمر، سمات الشخصية، الخبرات الأسرية والعمل...) إضافة الى الظروف المعيشية والصحة البيولوجية.

ومن ناحية أخرى ووفقا لـ (Oskrochi, & Mustafa, 2018) أن هناك العديد من العوامل التي تؤثر على الرفاه النفسي منها (نوع الجنس، الحالة الاجتماعية، عدد الوظائف، الوضع الوظيفي).

ان متغير الرفاه النفسي تناولته عدة حقول فرعية في علم النفس بطرق مختلفة:

✓ اريكسون = في المراحل النفسية الاجتماعية

✓ بيرلز وكوهلر = في الاتجاهات الأساسية للحياة

كما أن علماء النفس الاكلينيكي يقدمون مزيدا من الوصف للرفاه النفسي حسب ما جاء في (Ryff, 1995)

من خلال:

✓ مفهوم ماسلو = في تحقيق الذات.

✓ ازينك = في تكوين العلاقات مع الآخرين.

✓ ألبورت = في صياغة النضج.

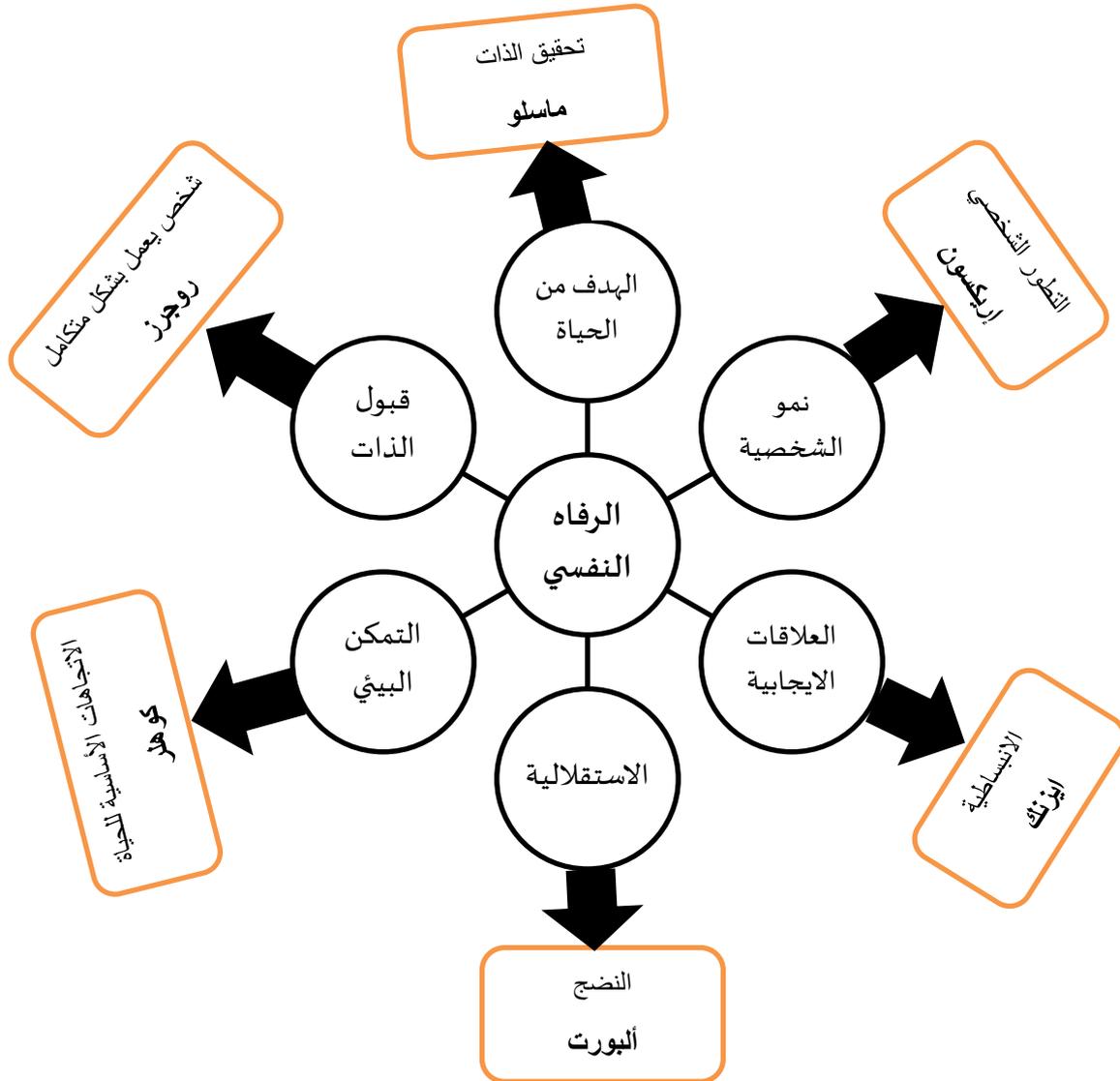
✓ روجرز = في تصوير الفرد يعمل بشكل متكامل.

✓ يونج = في تفرد الشخص وتميزه.

وبالتالي فان التقارب بين هذه الأطر المتعددة الايجابية تعمل بمثابة الأساس النظري لتوليد نموذج جديد

متعدد الأبعاد للرفاه النفسي الذي يشمل ستة أبعاد نفسية متميزة ايجابية، يمكن تلخيصها في الشكل

التالي:



(Source: Ryff, 1995)

الشكل رقم (05): يوضح نموذج أبعاد الرفاه النفسي والأصول نظرية خاصة به

يتضح من خلال الشكل أعلاه ان الرفاه النفسي تناولته عدة أطر نظرية في علم النفس لكن بطرق مختلفة، اذ نجد أن أول بعد أسمته ريف " Ryff " بقبول الذات (الذي يشمل مجموعة من الأفكار التي تضم التقييمات الايجابية عن الذات والآخرين في الحياة، هذا ما يقابله مفهوم روجرز " Ruggers " في تعايش الخبرة (أي أن قيمة حياة الانسان تكمن في هذه الخاصية التي يمارسها الشخص من داخله، مما ينتج عنه أحكام وتقييمات ايجابية حول نفسه وحول الآخرين ومواقف الحياة بشكل عام). أما البعد الثاني أطلقت عليه

ريف " Ryff " بنمو الشخصية (يشمل الاستمرارية والنمو والتطور نحو الذات)، ما يقابله مفهوم إريكسون " Erik Erikson " في مراحل النمو النفسي الاجتماعي (بمعنى أن الفرد في حياته يمر بمراحل متتابعة، وعند كل مرحلة يكون أمامه مطالب ومكاسب جديدة عليه تحقيقها، وهي التي تمثل جانب الارتقاء الإيجابي في الحياة، وتضيف به مزيداً من النمو والتنمية في حياته (Ryff, 1989). إضافة إلى البعد الثالث الذي أسمته ريف " Ryff " بالهدف من الحياة (بمعنى أن حياة الفرد هادفة وذات معنى)، هذا المعنى يقابله تحقيق الذات عند ما سلو " Maslow " (تحقيق طموحات الفرد عن طريق استخدام كل قدراته ومواهبه وتنميتها إلى أقصى حد يمكن الوصول إليه) (Ryff, 1995). كما أضافت ريف " Ryff " بعد رابع اصطلمت عليه بالعلاقات الإيجابية مع الآخرين (قدرة الفرد على إقامة علاقات مع الآخرين)، وهذا يقابل ملامح مفهوم آيزنك " Hans Jürgen Eysenck " في الانبساطية (الشخص المنبسط يميل إلى تكوين علاقات ناجحة يشعر معها الفرد بالراحة مع الآخرين، فالانبساط المرتفع من وجهة نظر آيزنك يتميز صاحبه بأكبر قدر من العلاقات الإيجابية مع الأفراد المحيطين به، ويكون اجتماعي بطبعه نحو العالم المحيط به) (Ryff, 1989). كما أطلقت ريف " Ryff " على البعد الخامس بالتمكن البيئي (قدرة المرء على إدارة جوانب حياته والمحيط به بفعالية)، هذا المفهوم يقابل ما تحدث عنه علماء الجشطالتيّة " Wolfgang Kohler " (أي أن الفرد في تفاعل مستمر مع البيئة والسعي إلى الاتزان في علاقاته مع مطالب البيئة، ومحاولته المستمرة في التمكن منها والسيطرة عليها ليقوم بإشباع حاجاته التي تمثل الجوانب الإيجابية للطاقة الإيجابية) (Ryff, 1995). وفي الأخير أضافت ريف " Ryff " بعداً سادساً أسمته بالحكم الذاتي أو الاستقلالية (شعور الفرد بتقرير المصير)، هذا المفهوم نقاشه ألبورت " Gordon W. Allport " في نظريته (اعتبر سمة الاستقلالية من السمات الأساسية للشخصية الإنسانية وصنفها في قمة هرم السمات، التي تعتبر هي البناءات الداخلية الموجهة لسلوك الفرد، والسلوك الاستقلالي أحد استعدادات الشخصية يميز الفرد عن غيره من الأفراد) (فهاد المري، 2018).

III خصائص الأفراد ذوي الرفاه النفسي:

- قدمت كل من ريف، وسنجر (Ryff, & Singer, 2008) وصفا عاما لخصائص الأفراد ذوي الرفاه النفسي وأضافت فكرة ارتفاع وانخفاض الرفاه النفسي، ومن بين الخصائص نذكر:
- تمتع الأفراد بدرجات عالية من الرفاه النفسي لديهم القدرة على اتخاذ القرار بمحض ارادتهم، ومقاومة الضغوط الاجتماعية التي تعترضهم.
 - امتلاكهم مهارة التفكير المنطقي وضبط انفعالاتهم وسلوكهم في مختلف المواقف.
 - أما الأفراد ذوي الرفاه النفسي المنخفض فانهم يتأثرون بالضغوط النفسية، ويخضعون لأحكام الآخرين وقراراتهم.
 - امتلاك الفرد كفاءة عالية في ادارة البيئة، والعمل بفعالية على اقتناص الفرص المناسبة واستغلالها بأكمل وجه من أجل النهوض بحياتهم وذواتهم.
 - العمل المستمر على تطوير حياتهم الشخصية والانفتاح على المعارف والخبرات الجديدة.
 - المرونة في التفكير المستمر للذات والسلوك من اهم ما يتميز به الأفراد ذوي النمو الشخصي المرتفع.
 - أما الأفراد ذوي النمو الشخصي المنخفض يتسمون بالجمود في التعامل مع الأزمات والمواقف الجديدة.
 - اقامة العلاقات الايجابية مع الآخرين قائمة على الدفء والثقة والاهتمام بهم وتكوين صدقات حقيقية معهم.
 - الشعور الهنيء بالحياة ووضع الأهداف السامية والسعي وراء تحقيقها من اهم ما يوصف به ذوي الرفاه النفسي المرتفع. (خوري، 2019: 28-29).

IV النظريات المفسرة للرفاه النفسي:

لقد حاولت كارول ريف وزملائها (1999) بدمج أدبيات التوظيف النفسي للأفراد الى نموذج متعدد الأبعاد للازدهار البشري يضم نقاط متقاربة مع نظريات أخرى (كنظرية التوظيف الكامل للفرد لروجرز، ونظرية النضج لألبورت، والارتقاء الشخصي لأريكسون وغيرها).

وعلى هذا الأساس قدمت ريف وزملائها اطارا نظريا شاملا للرفاهية النفسية، وهذا النموذج معتمد على مفهوم الصحة على أنه ليس مجرد الخلو من المرض، ولا يتصل بشكل مباشر بالسعادة، ولكن يتم النظر الى الرفاهية على انها ناجمة عن الحياة التي هي على ما يرام. وأكدت في نظريتها على ستة أبعاد رئيسية حسب ما جاء في (خرنوب، 2016) هي:

1. تقبل الذات: ويقصد به تقييمات الفرد الايجابية لذاته ولحياته.
2. العلاقات الايجابية مع الآخرين: وتعني امتلاك الفرد علاقات عالية وإيجابية مع الآخرين.
3. الاستقلالية: وتعني احساس الفرد وشعوره بتقرير مصيره.
4. التمكّن البيئي: ويقصد به قدرة على ادارة حياته وعالمه المحيط به بفعالية.
5. الهدف من الحياة: وهو اعتقاد الفرد بأن حياته هادفة وذات معنى.
6. النمو الشخصي: وهو احساس الفرد بالنمو والتطور المستمر.

اذن: كل بعد من هذه يعكس تحديات الفرد التي يصادفها في عملية الارتقاء والنمو، وأن الأفراد يحاولون التمسك بالاتجاهات الايجابية حول أنفسهم بالرغم من وعيهم بعيوبهم.

ولهذا تعد هذه النظرية من أهم النظريات المفسرة للرفاه النفسي لأنها جمعت بين جميع النظريات المفسرة للسعادة وطيب الحياة وجودتها والرضى عنها، حيث قدمت انا ريف اطارا شاملا وكاملا للرفاه النفسي الذي يسمح بتوضيح وتحديد هذا المفهوم بشكل أدق.

V الرفاهية النفسية وعلاقتها بالأمراض المزمنة:

تشكل الأمراض المزمنة تحدياً هائلاً للمجتمعات سواءً من حيث النوع أو الانتشار أو عدد الوفيات، حيث أصبحت تشكل هاجساً مخيفاً ورعباً للبشرية جمعاء، وبالرغم من التقدم العلمي وتحسن الرعاية الصحية إلا أن الصراعات السياسية والاقتصادية والاجتماعية والضغط النفسي والقلق والاكتئاب أدى إلى تدني مؤشرات الصحة الجسدية والنفسية.

والإصابة بالأمراض المزمنة كالسرطان أو الضغط أو السكري ... وغيرها غالباً ما تؤدي إلى صدمات نفسية والشعور بالضغط والاحباط الناتج عن تغيير نمط الحياة، مما يدفع الفرد المصاب إلى خلق استجابات سلوكية مضطربة مثل: العدوانية، الاكتئاب، صعوبة التفاعل مع الآخرين، الذي قد ينجم عنه الانطواء حول النفس، تدني مستوى تقدير الذات. (طشطوش، والقشار، 2017).

ومن هذا المنطلق يأتي دور الباحثين والأخصائيين في مجال الصحة والارشاد النفسي لمساعدة هذه الفئة في زيادة القدرة على التحكم بمرضهم والوقاية من مضاعفات المرض وحدوث الوفاة المبكر من خلال تقديم مجموعة من النصائح والارشادات.

ولقد أكد تايلور على عدة أسباب توضح أهمية دراسة الرفاهية النفسية عند المرضى المصابين بأمراض مزمنة نذكر منها ما يلي:

➤ ان تحديد تأثير المرض على النشاط المهني والاجتماعي والشخصي للمريض من شأنه أن يزودنا بمعالجات تسهم في تحسين الرفاهية النفسي.

➤ يمكن لمقاييس الرفاهية النفسية أن تساعد على تحديد نوع المشكلات التي تنشأ لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة، فقد تكشف مثلاً: عن وجود صعوبات مرتبطة بأنواع معينة من الأمراض.

➤ تتناول هذه المقاييس تأثير المعالجات على الرفاهية النفسية ففي مريض السكري مثلاً: قد نحتاج إلى تقييم ما إذا كانت المعالجات مؤدية أكثر من المرض نفسه أم لا، أو فيما إذا كانت تزيد من بقاء المريض

أم لا، أو فيما إذا كانت لها آثار جانبية أم لا، وبالتالي فإن مقاييس الرفاهية النفسية استطاعت قياس

أثر المعالجات الغير السارة، والتعرف على بعض المتغيرات التي تضعف من التزام المريض بتلك المعالجات.

- يمكن للمعلومات المتعلقة بالرفاهية النفسية أن تساعد أصحاب القرار على اختيار العلاجات التي تزيد من فرص الشفاء والبقاء، وتتيح للمريض أفضل رفاهية نفسية ممكنة.
- الاهتمام بالرفاهية النفسية لها فوائد كبيرة اذ تساعد على تحديد بعض الجوانب التي تتطلب اهتماما أو تدخلا علاجيا معيناً عن التشخيص بمرض مزمن. (الغداني، وسيكامانيا، 2021).

VI علم النفس الإيجابي ودوره في الصحة والمرض:

ان رسالة علم النفس الإيجابي كحركة جديدة ومعاصرة في مجال علم النفس، تتمثل في تذكير وتوعية علماء النفس العيادي خصيصا المشتغلون في مجال الصحة النفسية العامة، أن هذا العلم ليس مجرد دراسة العلة والمرض والعجز لدى المرضى أو الغير الأسوياء، بل هو في موازاة دراسة الفضائل الإنسانية وحسن الحال النفسي والسعادة والتوافق مع الذات كوقاية من الوقوع في الاضطرابات النفسية.

علم النفس الإيجابي جاء كمحاولة لإعادة التوازن لعلم النفس من خلال علماء النفس على محاولتهم في دراسة الشخصية التركيز على الجوانب الإيجابية للحياة وللأشخاص وليس فقط الاهتمام بالجوانب والأبعاد المرضية المندرجة تحت الدليل الاحصائي التشخيصي للرابطة الأمريكية لعلم النفس.

1. بدايات ظهور علم النفس الإيجابي " The beginnings of positive psychology ":

ان أولى بدايات ظهور علم النفس الإيجابي في الولايات المتحدة الأمريكية على يد العالم مارتين سيلجمان " Seligman, M " سنة 1998، وزميله مهالي سيكز ينتميهالي " Csikszentmihali, M "، مدير مركز علم النفس الإيجابي في جامعة بنسلفانيا الأمريكية، وبالرغم من أن حركة علم النفس الإيجابي لم تتوقف بنظريات سيلجمان وزميله، ولن تنتهي بانتهاء أفكارهما في هذا المجال الا أنه سيبقى

لهما الوزن المعاصر في تطور حركة علم النفس الإيجابي، ولا يزال يعرف نموا متسارعا على مستوى الدراسات والأبحاث ومجالات التطبيق، حيث تم تأسيس العديد من الأقسام والمراكز، وأجراء دراسات علمية وتنظيم مؤتمرات حول العالم (عبد الستار، 2010:07)، ولكن من سبقهم في هذا الطرح هو أبراهام ماسلوا سنة 1954 في كتابه "الدوافع الشخصية" الذي تحدث من خلاله عن هرم الحاجات من أجل تحقيق الذات، ومع بروز طريقة العلاج المعرفي لـ "بيك" بجامعة بنسلفانيا بأمريكا، اتبع سيلجمان هذه النظرية لـ "بيك" واشتغل كثيرا في علاج الاكتئاب وانجز العديد من الدراسات خاصة حول "العجز المتعلم" التي ركز فيها أساسا على تعديل الأفكار الخاطئة واستبدال الأفكار السلبية والتشاؤمية بأفكار إيجابية، ومن هذا المنطلق بدأ سيلجمان يمارس ويدعو علماء النفس في الانشغال الأكثر على تنمية المواهب والفضائل الإيجابية وتحسين حياة الاسوياء وليس المرضى فقط من أجل تحسين جودة الحياة والرفاه والسعادة وصولا الى حالة الازدهار الإنساني وتحقيق الصحة النفسية الإيجابية. (عطا الله، وعبد الصمد، 2013:02).

وبدأ ينمو في مجابهة الهيمنة المرضية لعلم النفس الذي ركز جهوده وأبحاثه في علاج الحالات الشاذة والمرضية، الى ان جاء علم النفس الإيجابي وتعدى ذلك من خلال نظريته الإيجابية لدراسة الافراد؛ كيف يمكن لنا ان نجعل الفرد يعيش سعيدا في حياته من خلال توظيف ما يمتلكه من قدرات عقلية وبدنية ونفسية من أجل تحقيق السعادة لديه، لأن حاجة الفرد لهذا الإحساس كحاجته للماء والغذاء والنوم (عطا الله، وعبد الصمد، 2013:03).

2. تعريف علم النفس الإيجابي " Definition of positive psychology "

لقد أشار مارتين سيلجمان " Seligman, M "، وزميله ميهالي سيكز ينتميهالي " Csikszentmihali, M " (2000) بأن علم النفس الإيجابي لا يهتم بدراسة المرض فحسب، لكنه علم يهتم بالقوى وفضائل النفس

الإنسانية وقيمتها، فهو يسبق الإصلاح والعلاج النفسي ويركز على الوقاية والتنمية والتطور ليصبح متفوقا في جميع جوانب الحياة كالعمل، والدراسة، الابداع، والاكتشاف وغيرها.

أ. تعريف (الصبوة، 2010: 01):

الدراسة العلمية النظرية والتطبيقية للخبرات الإيجابية وسمات الشخصية الإيجابية بما فيها الخصائل والفضائل، كما يدرس المؤسسات التي تعمل على تنمية وتسيير هذه الخبرات والارتقاء بها، لمساعدة الانسان على اكتساب شخصية فاعلة وفعالة ومؤثرة تهتم بما ينبغي أن يكون بالإضافة الى ما هو كائن بالفعل.

ب. تعريف (معمرية، 2021: 102):

علم دراسة الخصائل الإيجابية في الانسان وللمؤسسات النفسية والاجتماعية التي تعمل على ترقية هذه الخصال وتنميتها لإعداد شخصيات إيجابية، لقد أولى علم النفس اهتماماته طيلة عقود من الزمن بالنماذج السيئة من الناس والمرضى والعاجزين، لكنه الآن يتجه الى الاهتمام بالأقوياء والحياة الطيبة، ومنه فان موضوع علم النفس الإيجابي هو " الشخصية الطيبة الفاضلة القوية".

ت. تعريف (لوبيز، وسنايدر، 2013: 17):

علم النفس الإيجابي هو المسعى العلمي والتطبيقي نحو الأداء الإنساني الأمثل، فهو يساعد البشر على تحقيق ما لديهم من إمكانيات، وذلك باستثمار ما لديهم من قوى وتدبر ما لديهم من قصور، فهو يساعد المتخصصين على تحقيق التوازن في القياس.

3. اهتمامات علم النفس الإيجابي، يهتم بما يلي:

أ. بالمستوى الذاتي، أي (بتنمية التجارب الذاتية):

الرفاهية، الرضا، التسامح، السعادة (في الحاضر)، الأمل والتفاؤل (بالنسبة للمستقبل)، كما يهتم بسمات الشخصية الإيجابية كالقدرة على الحب وإيجاد الخبرة المثالية، الشجاعة (Le courage)، الاعتدال (La modération)، الحساسية الجمالية (Sensibilité Esthétique)، الأصالة (L'originalité)، الوعي بالمستقبل (La conscience de futur)، الروحانية (La spiritualité)، المواهب (Les talents).

ب. بالمستوى الجماعي، أي (بتنمية الفضائل المدنية والمؤسسات التي تحت الافراد على المواطنة،

وذلك عن طريق تنمية مجموعة من المهارات):

العلائقية، المسؤولية، القدرة على الاهتمام بالآخرين، الايثار (Altruisme)، المجاملة (Courtoisie)، التسامح واخلاقيات العمل، كما يهتم علم النفس الإيجابي باكتشاف القوى الكامنة والفضائل الأخلاقية التي يمتلكها الفرد والمجتمع وتعزيز هذه القوى لكي يتمكنوا من العيش بسعادة، وبالتالي فان علم الإيجابي يهتم بالتربية الصحية الإيجابية عوض عن الاهتمام بالمرض (سائل، وبن نوار، 2017: 45).

ت. الانفعالات الإيجابية: أشار فريدريكسون (Fredrickson, 1998) في نظرية التوسعة والبناء:

ان الانفعالات الإيجابية تعمل على المدى القصير على توسيع نطاق ذخيرة الافراد المتكررة من التفكير والتصرف، ومع مرور الوقت ترسخ هذه الانفعالات على المدى البعيد مصادرهم المعرفية والاجتماعية والنفسية والبدنية (سلامة، 2011: 24).

الانفعالات الإيجابية عملية سيكولوجية تدعم صحة الافراد، وتقوم على ترتيب الأفكار والافعال التي تطرأ بالذهن، فهي تلعب دورا في توسيع قدرة الأفراد على بناء التعلم، كونها تقوم على تنظيم القدرة على زيادة المشاعر الإيجابية والمرونة النفسية، وبناء القدرات الإيجابية التي تزيد من امكانياتهم على التفكير التفاؤلي وحل المشكلات، وبالتالي فان للمشاعر الإيجابية قدرة على مواجهة التوتر الانفعالي والجسدي

(Fredrickson, & Tugade, 2004).

4. الدور التقليدي لعلم النفس كما يراه علم النفس الإيجابي حول الصحة والمرض:

ان القاعدة التي تحكم علم النفس كنظام علمي بعض النظر عن فروعه، أنه له عمرا طويلا جدا ربما يوازي عمر الانسان على وجه الأرض ولكن تاريخه قصير، وتنطبق هذه القاعدة على هذا العلم الوليد الحداثة.

يرى (سيلجمان وزميله ميهالي سكينزنتميهالي، 2000: 06) أن علم النفس بصفة عامة كانت له ثلاث رسالات منذ انتهاء الحرب العالمية الثانية هي:

الأولى: تشخيص الاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية وعلاجها

الثانية: طرح عدد كبير من النظريات خاصة في فروع علم النفس وثيقة الصلة بعلم النفس المرضي وعلم النفس العيادي، لتفسير منشأ هذه الأمراض وارشاد البحث العلمي في مختلف فروع علم النفس الأساسية والتطبيقية، ومن أبرزها: علم النفس الاجتماعي، علم النفس التعلم، علم النفس التجريبي... الخ.

الثالثة: التأثير في حياة الأفراد ليصبحوا أكثر رضا عن أنفسهم وحياتهم ومستقبلهم عن طريق تنمية قدراتهم وتطويرها واثرائها.

أما علم النفس العيادي فقد نهض بالرسالة الأولى لعلم النفس من حيث معرفة أسباب الامراض وتشخيصها وفهمها والتدخل العلاجي فيها، بحيث حدث تقدم مذهل في أداء هذه الرسالة حتى أصبح في مقدورهم فحص وقياس وتقدير وتشخيص مفاهيم شديدة الغموض كالفصام، الاكتئاب، الوسواس القهري وغيرها من الاضطرابات، محاولين معالجتها بكل فعالية، ومن ثم فان الرسالتين الأخيرتين لعلم النفس لم تلقيا الاهتمام نفسه، لذا تأخر انجازهما كثيرا رغم اهميتهما، ومن أبرز الأدلة العلمية التي تشير صحة هذا الزعم قدرة بعض العلاجات النفسية - كالعلاج المعرفي السلوكي في تحقيق نجاحات فاقت العلاج الطبي النفسي على المدى الطويل والقصير (Seligman, 2004 ; weissberg et al, 2003).

كما حدث انفجار النصف الأخير من القرن العشرين (20) وحتى اليوم في البحوث العيادية التي تستهدف الكشف عن أسباب الأمراض النفسية ومختلف أنواع الشذوذ والانحرافات في الشخصية الإنسانية ومحاولة معرفة أسبابها، إضافة الى تحديد دور الضغوط البيئية الحادة كالانفعال والطلاق، فقد الوظيفة والعمل، البطالة... وغيرها، في نشأة الاضطرابات النفسية، ولذا فان التفاعل بين الوراثة والبيئة سببين أساسيين للإصابة بالأمراض النفسية.

وبالطبع فان الآثار الجانبية العلمية التي نتجت عن التركيز على الأسباب البيئية والوراثية والفطرية، على الرغم من أهمية معرفة دورها كأسباب للمرض النفسي تمثلت في الاهتمام بالاكتشاف المبكر للاضطرابات النفسية والوقاية منها والتشخيص أيضا على حساب الاهتمام بالأساليب العلاجية النفسية التي تخلصنا ليس فحسب من هذه الاضطرابات النفسية ولكنها تبني كذلك أنواعا من المهارات والقدرات والسمات التي تجعلنا أشخاصا أكفاء ومواطنين صالحين لأنفسنا ولأوطاننا ولغيرنا، وهذا جوهر ما يدعو اليه علم النفس الإيجابي في الممارسة العيادية، لأن الصحة حسب رؤية هيئة الصحة العالمية ليست هي الخلو من الاضطرابات النفسية فحسب، ولكنها إضافة الى ذلك الشعور بالسعادة والرضا وراحة البال، والتنعم بالحياة، وحب الإنجاز وتحقيق الذات والأمن النفسي (الصبوة، 2010: 03).

ان تاريخ علم النفس مليء بالأدلة العلمية التي تشير الى الاهتمام بكل ما هو سلبي في الشخصية الإنسانية، وقلة الاهتمام بما هو إيجابي فيها، وما ينبغي ان تكون عليه من كفاءة وإيجابية، ومثال على ذلك: لو تأملنا في إجراءات العلاج المعرفي سنجد أنها تعلم المريض النفسي كيفية تنفيذ الأفكار الآلية ودحضها، ولكنها لا تنمي لديه القوى والفضائل النفسية بلغة سيلجمان وزميله، أي تنمية خصال الشخصية الإيجابية من قدرات وسمات ومهارات... الخ، الأمر الذي يرسخ الاهتمام الشديد بجوانب الضعف او ما يعرف ب: تثبيت منحنى الخطأ "Fix whats wrong" على حساب الجوانب الإيجابية في الشخصية.

ان مئات الدراسات العلاجية المضبوطة باستخدام العلاج المعرفي السلوكي حسب ما جاء في (الصبوة، 2010: 05)، قد أشارت نتائجها الى فعالية هذا العلاج في تخليص المرضى النفسيين من الاضطرابات والمعاناة النفسية وعدم الانتكاس وهذا امر جيد، لكنها لم تتحدث مطلقاً عن تنمية الجوانب الإيجابية في الشخصية الإنسانية وتطويرها (أنظر المراجعة العلمية النفسية التي كتبها بوتلر وبيك، Botler, & Beck, 2000)، مع قلة الدراسات والبحوث الواقعية التي فحصت دور الانفعالات الانفعالية وخصال الشخصية الإيجابية بلغة سيلجمان (القوى النفسية الإيجابية) في الوقاية من اصابتنا بالاضطرابات النفسية والأمراض الجسمية والنفسجسمية، وفي علاجها والتخلص من آلامها، كما لم نجد دراسة واحدة تناولت دور اللحظات السعيدة في حياة الانسان واجتناب اللحظات التعيسة.

وعلى ضوء ما سبق نخلص أن علم النفس الإيجابي كما قدمه مارتن سيلجمان 1998، يهدف الى توسيع دائرة اهتمام علم النفس الاكلينيكي العلاجي " Therapeutic clinical psychology"، بحيث يبين جوانب القوة في الشخصية الإنسانية ويطورها بالإضافة الى تخليص المرضى النفسيين من عاداتهم الشاذة واضطراباتهم النفسية، وهذه هي ببساطة أهداف علم النفس الإيجابي.

لقد حان الوقت لتغيير دور الممارسة العيادية من نظرتها السابقة للأشخاص المضطربين والشواذ على أنهم ليس مجرد أشخاص يعانون دوافع وعادات سيئة مضطربة، ولهم طفولة تعيسة مع صراعات وتناقضات ذهنية ومزاجية في الشخصية... الخ، ولكنهم أشخاص يمتلكون استعدادات وقدرات متماسكة وفعالة، ولهم طموحات وخصال إيجابية يمكنها أن تقيهم من تلك الاضطرابات النفسية والجسمية.

5. تطبيقات علم النفس الإيجابي: يحدد (أبو حلاوة، 2014) أهم تطبيقات علم النفس الإيجابي فيما يلي:

➤ تحسين أساليب معاملة وتنمية وتربية الأطفال وذلك بالتركيز على، الوجدان الإيجابي، والإبداع داخل الأسرة والمدارس وغيرها.

➤ تحسين العلاج النفسي من خلال تطوير مداخل علاجية تركز على الأمل، المعنى، التفاؤل، مساندة

الذات الخ.

- تحسين الحياة الأسرية من خلال فهم ديناميات الحب، الالتزام، الإنماء... الخ
- تحسين الرضا الوظيفي عبر مختلف مراحل الحياة، لمساعدة البشر على الاندماج في العمل.
- تحسين الخصائص الأخلاقية للمجتمع من خلال فهم وتنمية الدوافع والقيم الأخلاقية والروحية وغرسها داخل الشخصية البشرية.

خلاصة:

نستنتج مما سبق أن الرفاه النفسي يلعب دورا مهما في تحقيق الصحة النفسية والجسمية للفرد، فهو يركز على بناء القدرات والعواطف الايجابية، ويساعد الفرد على التعامل الجيد مع المحيط الاجتماعي بشكل سليم وايجابي. كما لأنه يعتبر بمثابة عنصر وقائي في التخفيف من حدة الامراض المزمنة ورؤية جديدة لحياتهم تتسم بالأمل والطموح والسعي والازدهار نحو تقبل الذات والواقع.

الفصل الثالث:

الاجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

ا. الدراسة الاستطلاعية:

1. مناهج الدراسة
2. حدود الدراسة (المكانية والزمانية)
3. عينة الدراسة الوصفية
4. أدوات الدراسة الوصفية والعيادية

اا. الدراسة الأساسية:

1. حدود الدراسة (المكانية والزمانية)
2. عينة الدراسة الوصفية
3. حالات البحث العيادية

تمهيد:

جاءت دراستنا الحالية للكشف عن مستوى التنظيم الانفعالي من خلال متغيري المرونة النفسية والرفاه النفسي لدى عينة من مرضى السكري بمصلحة الأمراض المزمنة بولاية تيسمسيلت، ومدى مساهمة هاذين المتغيرين في التنبؤ بمستوى التنظيم الانفعالي لدى هاته الفئة، وبناء على الاطار النظري واشكالية البحث وفرضيات الدراسة، جاء هذا الفصل بهدف التعريف بأهم الاجراءات المنهجية المتبعة في هذا البحث والتي تعتبر الأداة الفعالة في انجازه من خلال الدراسة الاستطلاعية والأساسية اللتين احتوتا مجموعة من الخطوات: مكان الدراسة، مناهج الدراسة، عينة وحالات الدراسة، الأدوات، وهذا بهدف الوصول الى تحقيق أو نفي لفرضيات الدراسة.

1. الدراسة الاستطلاعية:

في اتباع أي دراسة علمية لا بد على الباحث اجراء دراسة استطلاعية تساعده على تحديد أبعاد بحثه وأهدافه، وكذا التأكد من مصداقية أدوات بحثه وفعاليتها وتصحيحها، كما توفر للباحث مدى ملاءمة ومناسبة البيانات والمعلومات التي يحصل عليها، والتي يتم التأكد منها واختبارها في الدراسة الأساسية، لذا فهي تعتبر هامة للباحث.

1. منهج الدراسة:

تتعد المناهج البحثية في علم النفس حسب الظاهرة المدروسة وكذا التخصص الذي ينتمي اليه الباحث، وهذا التعدد لا يعني تفضيل منهج عن منهج آخر، وانما مدى نجاعته في تحقيق الأهداف البحثية المقترحة.

وفي الدراسة الحالية سوف نعتمد على منهجين للوصول الى أهداف وأغراض الدراسة هما: المنهج الوصفي التحليلي والمنهج العيادي.

1.1 المنهج الوصفي:

يهدف الى الحصول على معلومات دقيقة عن الظاهرة المدروسة، التي تسهم في تحليل وتفسير ظواهره، ويقوم على مجموعة من الخطوات حسب ما جاء في (مباركي، 2016: 136) هي:

- تحديد الظاهرة المراد دراستها
- اكتشاف الطريقة الملائمة للقياس الكمي لمختلف عناصر وحدات الدراسة
- فحص مختلف العوامل المؤثرة في تنظيم الظاهرة المدروسة

2.1 المنهج العيادي:

تم اختيار هذا المنهج من أجل اختبار الفرض الاكينيكي، ولعل هو المنهج الأنسب لتحقيق أغراض البحث كذلك كونه يدرس الحالات الفردية دراسة عميقة وشاملة، وذلك عن طريق الوصف الدينامي والتحليل الكيفي الدقيق للظاهرة النفسية ويمكن تعريفه كالتالي:

" تلك الدراسة العلمية المعمقة للشخصية كحالة فردية (سوية/ مرضية) بهدف فهم سلوك الحالة الراهنة اعتمادا على معطيات تاريخه الماضي وأدائه الحاضر والتنبؤ بتطوره مستقبلا، وذلك من خلال مجموعة من الأدوات البحثية المتمثلة في (المقابلة العيادية، الملاحظة العيادية، اختبارات النفسية وغيرها)" (الحاج سليمان، 2021:09).

2. حدود الدراسة:

1.2 المكانية:

بعد حصول الطالب على الموافقة الشفهية من طرف مدير(ة) المؤسسة(المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تيسمسيلت)، قام بسحب رخصة التريص من طرف الجامعة وذلك بتاريخ 2022/12/12 أين تم اجراء الدراسة الاستطلاعية هناك، بعدها توجه الطالب الى العيادة المتعددة الخدمات 20 أوت بعين البرج ولاية تيسمسيلت (مصلحة الأمراض المزمنة) من أجل أخذ الموافقة الشفهية أيضا من طرف رئيس

المصلحة والطبيب المنسق داخل العيادة وكذا الطبيب المختص في متابعة الأمراض المزمنة، ولكن للأسف لم نجد هناك أخصائي نفساني يتابع هذه الحالات بالمصلحة وهذا بتاريخ 2022/12/13، وبعدها تمت الموافقة النهائية على طلب التريص من قبل مديرة المؤسسة ابتداء من 2022/12/18.

وأثناء مباشرتي للتريص تم مقابلة الطبيب المختص في متابعة الأمراض المزمنة بالمصلحة، واعطاء نظرة عامة حول موضوع وأهداف الدراسة الحالية، فتلقيت ترحيب واهتمام كبير من طرف الطبيب وفسح لي كل المجال لإجراء الدراسة باعتبارها اضافة علمية تساعد في تقديم نتائج واستراتيجيات نفسية لهؤلاء المرضى لأن التكفل الطبي وحده غير كافي، وهذا ان دل على شيء فإنما يدل على حرص الطبيب في متابعته وتكفله بهاته الفئة من المرضى، وبعدها تم تحديد عينة الدراسة الاستطلاعية داخل المصلحة، حيث تم انتقاء 50 حالة مصابة بداء السكري من النوع الأول والثاني من كلا الجنسين، وبأعمار متفاوتة، والتي كانت تقوم بمتابعة طبية داخل المصلحة.

2.2 الزمانية:

تم اجراء الدراسة الاستطلاعية خلال الفترة الممتدة من 2022/12/18 الى غاية 2023/01/15 في مصلحة الأمراض المزمنة بالعيادة المتعددة الخدمات 20 أوت عين البرج ولاية تيسمسيلت.

3. عينة الدراسة الاستطلاعية:

بناء على المنهج المتبع في الدراسة الحالية والقائم على المنهج الوصفي التحليلي تم انتقاء عينة الدراسة الاستطلاعية البالغ عددها 50 مريض ومريضة بداء السكري من النوع الأول والثاني من كلا الجنسين، بأعمار متفاوتة وبطريقة قصدية، والتي تقوم بمتابعة طبية بمصلحة الأمراض المزمنة، والتي لم تكون تعاني من أي مرض مزمن مصاحب لمرض السكري، وهذا بالتنسيق مع الطبيب المختص بالمصلحة كونه يقوم بمعاينة ومتابعة جميع الحالات الوافدة للمصلحة.

ويمكن توضيح خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية في الجداول التالية:

1.3 الجنس:

جدول رقم (01): يبين توزيع خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس

المجموع	الجنس	
	اناث	ذكور
50	25	25
% 100	%50	% 50

نلاحظ من خلال الجدول (01) أن عدد الذكور قدر بـ (25) فردا بنسبة 50 %، مساويا لعدد الاناث، ومنه يمكن القول بأن توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس توزيعا طبيعيا.

2.3 العمر:

جدول رقم (02): يبين توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب العمر

العمر الزمني		
النسبة	التكرار	الفئات العمرية
% 4	2	أقل من 20 سنة
% 12	6	من 20 – 30 سنة
% 24	12	من 31 – 40 سنة
% 16	8	من 41 – 50 سنة
% 18	9	من 51 – 60 سنة
% 26	13	من 61 فما فوق
% 100	50	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول (02) أن توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب العمر الزمني يتراوح

بين أقل من 20 سنة وفوق 61 سنة [20 – 61]، بمجموع تكراري قدر به 50 فردا بنسبة 100 %.

لقد تم تقسيم أفراد العينة الى ست فئات عمرية، تتراوح أعمار الفئة العمرية الأولى بمجال أقل من

20 سنة، وقدر عددهم 2 فرد بنسبة 4 %، في حين تراوحت أعمار أفراد الفئة الثانية بين 20 – 30 سنة،

قدر عددهم به 6 أفراد نسبتهم 12 %، كما تراوح المجال العمري لأفراد الفئة الثالثة بين 31 – 40

سنة، أين قدر عدد أفرادها 12 فردا بنسبة 24 %، وفي مقابل ذلك تراوح المجال العمري للفئة الرابعة بين

41 – 50 سنة بعدد أفراد بلغ 08 أفراد ونسبتهم 16 %، وعلى غرار هذا تراوح المجال العمري للفئة

الخامسة بين 51 – 60 سنة والذي قدر عددهم 09 أفراد بنسبة تمثلت في 18 %، وأخيرا الفئة العمرية

السادسة التي تراوح مجالها العمري 60 سنة فما فوق، بلغ عدد أفرادا 13 فرد بنسبة 26 %.

3.3 نوع السكري:

جدول رقم (03): يبين توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب نوع السكري

النسبة	التكرار	نوع السكري
40 %	20	النوع الأول
60 %	30	النوع الثاني
100 %	50	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول (03) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع السكري الى نوعين هما:

النوع الأول: وهو النوع الخاضع للأنسولين، والذي بلغ عدد أفراداه 20 فرد، بنسبة 40 %.

النوع الثاني: وهو النوع الخاضع للأقراص قدر عدد أفراداه 30 فردا، تراوحت نسبتهم 60 %، وهي نسبة

أكبر من عدد أفراد عينة النوع الأول الخاضع للأنسولين.

4.3 مدة الإصابة بالمرض:

جدول رقم (04): يبين توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب مدة الإصابة بالمرض

مدة الإصابة بالمرض بالسنوات		
النسبة المئوية	التكرار	الفئات المرضية
42 %	21	أقل من 5 سنوات
36 %	18	من 5 – 10 سنوات
14 %	7	من 11 – 15 سنة
4 %	2	من 16 – 20 سنة
4 %	2	من 21 سنة فما فوق
100 %	50	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (04) أن مجال مدة ازمان المرض أو مدة اكتشافه لدى عينة الدراسة

يتراوح بين أقل من 5 سنوات وأكثر من 20 سنة، [5 – 21] حيث تقسيم الأفراد وفقا لدة ازمان مرضهم الى

خمس فئات هي:

الفئة الأولى: يتراوح مجال مدة الازمان فيها أقل من 5 سنوات، وقدر عدد أفراد هذه الفئة 21 مريض (ة)

بنسبة 42 % وهم يمثلون أعلى نسبة من نسبة أفراد العينة الاجمالية.

الفئة الثانية: تتراوح مدة ازمان المرض فيها بين 5 – 10 سنوات بعدد مرضى قدر بـ 18 مريض (ة)، تقدر

نسبتهم بـ 36 % وهي نسبة قريبة من نسبة أفراد عينة الفئة الأولى.

الفئة الثالثة: تتراوح مدة ازمان المرض فيها بين 11 – 15 سنة، حيث قدر عدد أفرادها 7 أفراد، نسيه قدرت

بـ 14 %، وهي نسبة تمثل تقريبا ثلث (3/1) من نسبة أفراد عينة الفئة الأولى.

الفئة الرابعة: تراوحت مدة ازمان المرض فيها بين 16 – 20 سنة، حيث قدر عدد المرضى فيها 2 مرضى بنسبة 4 %، مما نلاحظ أن هناك عدد قليل من المرضى في هذه الفئة مقارنة بالفئات الأخرى.

الفئة الخامسة: تراوح مجال ازمان مرض هذه الفئة الأخيرة أكثر من 21 سنة، قدر عدد مرضاها 2 مرضى (د) بنسبة 4 %، وهي نسبة مطابقة لنسبة ازمان مرض الفئة الرابعة.

ومن خلال ما سبق يمكن القول إن مدة ازمان المرض لدى مرضى السكري قد لا تعبر عن المدة الحقيقية لظهوره، وإنما تعبر عن المدة التي تم فيها اكتشاف المرض وبداية وصف العلاج، وهذا راجع الى أن المرضى لا يقومون بإجراء الفحوصات الطبية المنتظمة والتحاليل المخبرية المبكرة حينما يشعرون ببعض الأعراض الغير الطبيعية، والتي من شأنها أن تسهل اكتشاف المرض مبكرا.

4. أدوات الدراسة:

من خلال اطلاع الباحث على العديد من الأدبيات والدراسات السابقة، وعددا من المقاييس المتعلقة بموضوع الدراسة الحالية ومتغيراته، فقد استخدم الطالب ثلاث أدوات من أدوات البحث العلمي من خلال المنهج الوصفي التحليلي، وأداتين من خلال المنهج العيادي والمتمثلة في:

أ. مقياس المرونة النفسية " Scale Psychological Flexibility " اعداد:

(Mary E. Keenan, Jessica Cook, Med Kristofer S. berlin, and all, 2022)، ترجمة الطالب: 2023

ب. مقياس الرفاه النفسي " Scale psychological Well-being " اعداد: (Carol Ryff, 1995)

ترجمة: (سلوى، فهاد المري: 2018).

ج. مقياس التنظيم الانفعالي " Scale Emotion Regulation " اعداد: (John & Gross, 2003)

ترجمة: (نسرين، البراهمة: 2017).

د. الملاحظة العيادية، وشبكة المقابلة العيادية (اعداد الطالب، 2023).

(1) وصف المقاييس:

1.1 مقياس المرونة النفسية 2022 "Scale Psychological Flexibility":

تم وضعه من طرف مجموعة من الباحثين: ماري، جسيكا، كريستوفر وآخرون (Mary E. Keenan, Jessica Cook, Med Kristofer S. berlin, et all, 2022): وهو مقياس يتكون من 09 مؤشرات في صورته الأولية لقياس المرونة النفسية لدى مرضى السكري، يقيم المفحوص على مقياس ليكرث الموكن من 7 بدائل تتراوح بين 1 الذي يشير لـ " ليس صحيحا " و 7 الذي يشير لـ " دائما صحيح "، حيث تقدر أدنى درجة لهذا المقياس 9 وأقصاها 63، تشير الدرجات العليا الى انخفاض المرونة النفسية.

أ. خطوات ترجمة المقياس:

تم ترجمة المقياس باستخدام الترجمة العبر الثقافية وذلك من خلال احترام خمس مستويات أساسية تم وصفها من طرف (بوكراع، 2020: 09) وهي (تكافؤ المحتوى، التكافؤ الدلالي، التكافؤ الفني (تقني)، تكافؤ المعايير، التكافؤ المفاهيمي).

ترجمت النسخة (أ) للمقياس من الانجليزية الى العربية وقام بالترجمة أستاذين خبيرين في الترجمة، تمت بعدها مناقشة الترجمات واستخراج نسخة نهائية معربة (نسخة ب)، ثم أعيد ترجمة النسخة العربية (ب) الى اللغة الانجليزية مجددا من طرف خبير آخر، وتم الحصول على نسخة (د)، بعدها تمت مقارنة النسخة الأصلية (أ) بالنسخة (د)، وعرضت النسخة المعربة (د) على مجموعة من الأساتذة في مجال تخصص علم النفس للتحكيم، وذلك بغرض مدى وضوح التعليمات والمحتوى، مقارنة اللغة ولتكافؤ المفاهيمي، ومنه تم الاتفاق بنسبة تفوق 80% من قبل المحكمين حول ذلك، ما عدا المؤشر الثاني الذي تم تعديله لأنه يحمل فقرة مركبة بين الفكرة والشعور ، واعادة الصياغة اللغوية للمؤشرين الثالث والرابع، وفي الأخير تم مراجعة المؤشرات التي تم اعادة النظر فيها أو تعديلها من قبل المحكمين، واستخراج نسخة نهائية (نسخة د).

جدول رقم (05): يبين تعديلات السادة الأساتذة المحكمين لمقياس المرونة النفسية

رقم الفقرة	قبل التعديل	بعد التعديل	الملاحظة
02	لدي أفكار ومشاعر مؤلمة بشأن اصابتي بمرض السكري.	لدي أفكار سلبية بشأن اصابتي بمرض السكري. لدي مشاعر مؤلمة بشأن اصابتي بمرض السكري.	هناك دمج بين الأفكار والمشاعر، من الأحسن وضع فقرة خاصة بالأفكار وأخرى خاصة بالمشاعر. لأن الفكرة ليس نفسها هي الشعور.
03	لا أعاني بمرض السكري لأنه يذكرني بأني مصاب بهذا المرض	أتجنب زيارة الطبيب لأنه يذكرني بأني مصاب بداء السكري.	اعادة الصياغة: الاعتناء لا يكون بمرض السكري.
04	عندما ينتابني شعور مزعج أو أفكر في مرض السكري، أحاول التخلص من هذا الشعور أو التفكير.	أحاول التخلص من كل شعور مزعج حول مرض السكري.	اعادة الصياغة: (فقرة مركبة).

ب. طريقة تصحيح المقياس:

بعد مراجعة المؤشرات التي تم اعادة النظر فيها من قبل السادة الأساتذة المحكمين، قام الطالب الباحث بإعادة ضبط مفتاح التصحيح لمقياس المرونة النفسية لدى مرضى السكري، فبعد التعديل أصبح المقياس يتكون من 10 مؤشرات في صورته الأولية، بحيث يقيم المفحوص على مقياس ليكرث الموكن من 7 بدائل تتراوح بين 1 الذي يشير لـ " ليس صحيحا " و 7 الذي يشير لـ " دائما صحيح "، حيث تقدر أدنى درجة لهذا المقياس بـ 10 درجات وأقصاها 70 درجة، تشير الدرجات العليا الى انخفاض المرونة النفسية.

جدول (06): يبين المتوسطات الحسابية لمستوى المرونة النفسية

مستوى المرونة النفسية	المتوسطات الحسابية
منخفض	(30 – 10)
متوسط	(50 – 30)
مرتفع	(70 – 50)

2.1 مقياس الرفاه النفسي " Scale psychological Well-being " اعداد: كارول ريف (Carol Ryff, 1995) ترجمة: (سلوى، فهاد المري: 2018).
أ. وصف المقياس:

قامت الباحثة بترجمة مقياس " Carol Ryff 1995 " للرفاه النفسي الى اللغة العربية من خلال عرضه على مجموعة من المترجمين مختصين في اللغة الانجليزية لإجراء ترجمة عكسية للنسخة العربية للمقياس، حيث تكون المقياس في صورته الأولية من (52) مؤشر موزعة على ستة أبعاد، وبعد اجراء دراسة استطلاعية للمقياس على العينة وحساب خصائصه السيكو مترية المتمثلة في الصدق والثبات بإجراء مجموعة من الأساليب الاحصائية، أصبح المقياس متكون من (30) مؤشر وأنه على درجة مقبولة من الصدق والثبات وقابل للتطبيق على عينات أخرى.

يتكون المقياس من (30) مؤشر موزعة على ستة (06) أبعاد كالتالي:

1. بعد الحكم الذاتي: ويعني الشعور بتقرير المصير (الاستقلالية) ويتضمن المؤشرات: "1. 8. 2. 7. 4. 5. 6. 3."
2. بعد التمكّن البيئي: ويعني القدرة على ادارة المرء لحياته والعالم المحيط به بفعالية ويتضمن البنود "9. 10."
3. بعد نمو الشخصية: ويعني الشعور باستمرار النمو والتطور كشخص ويتضمن البنود "11. 15. 14. 12. 13."
4. بعد العلاقات الايجابية مع الآخرين: ويعني القدرة على امتلاك جودة العلاقات مع الآخرين ويتضمن لبنود "16. 18. 19. 17. 20."

5. بعد الهدف من الحياة: ويعني الاعتقاد بأن حياة المرء هادفة وذات معنى ويتضمن البنود "21. 26. 22. 25. 23. 24."

6. بعد تقبل الذات: ويعني التقييمات الايجابية عن الذات وحياة المرء الماضية ويتضمن البنود "27. 28. 29. 30."

تم تحديد الاستجابات على كل بند وفقا لمقياس ليكارث الخماسي بحيث يجيب الفرد على كل بند من خلال اختيار بديل واحد من البدائل وهي "تنطبق دائما - تنطبق غالبا - تنطبق أحيانا - تنطبق نادرا - لا تنطبق أبدا"، واعطيت لهذه البدائل الدرجات "1 - 2 - 3 - 4 - 5".

ويشير الرقم (05) الى درجة موافقة كاملة على مضمون البند، وتنخفض درجة الموافقة كلما انخفض الرقم، بحيث يدل الرقم (1) على الرفض الكامل لمضمون المؤشر.

الدرجة	البديل
(5) درجات	تنطبق دائما
(4) درجات	تنطبق غالبا
(3) درجات	تنطبق أحيانا
(2) درجات	تنطبق نادرا
(1) درجة	لا تنطبق أبدا

ب. طريقة تصحيح المقياس:

يتم تخصيص درجة تتراوح بين (1 - 5) حسب اختيارات الفرد أمام كل مؤشر، ويبدل اختيار الفرد للبديل (3) أمام كل مؤشر على وجود درجة متوسطة من الرفاه النفسي، وإذا زادت الدرجة عن (3) فهي في اتجاه انخفاض مستوى الرفاه النفسي لدى الفرد، وإذا انخفضت عن (3) فهي في اتجاه زيادة مستوى الرفاه النفسي لدى الفرد.

ويستخدم الجمع في حساب الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص في المقياس والتي تتراوح بين (30 – 150) درجة، وإذا حصل الفرد على درجة تعادل (70 - 110) دل ذلك على وجود مستوى متوسط من الرفاه النفسي لدى الفرد، وإذا زادت الدرجة الكلية للفرد على هذا المقياس عن (110) فهذا يدل على وجود درجة مرتفعة من الرفاه النفسي لدى الفرد، وإذا انخفضت الدرجة الكلية للفرد على هذا المقياس عن (70) فهذا يدل على وجود درجة منخفضة من الرفاه النفسي لدى الفرد.

جدول (07): يبين المتوسطات الحسابية لمستوى الرفاه النفسي

الدرجة الكلية	مستوى الرفاه النفسي
(70 – 30)	منخفض
(110 – 70)	متوسط
(150 – 110)	مرتفع

هـ. مقياس التنظيم الانفعالي " Scale Emotion Regulation " اعداد: جون وجروس (John& Gross, 2003) ترجمة: (نسرين، البراهمة: 2017).
أ. وصف المقياس:

هو مقياس وضعه جون وجروس " John& Gross, 2003 "، من أجل تقدير الفروق الفردية في استعمال استراتيجيتين للتنظيم الانفعالي، والمتمثلة في استراتيجية إعادة التقييم المعرفي، واستراتيجية القمع التعبيري.

المقياس في نسخته الأصلية باللغة الإنجليزية، وتمت ترجمته فيما بعد للعديد من اللغات من بينها اللغة العربية وهي النسخة المستعملة في البحث، حيث كانت الخصائص السيكومترية للمقياس في بيئته الأصلية كما يلي: قدر معامل ألفا كرومباخ بـ 0.79 بالنسبة للبنود الخاصة بإعادة التقييم المعرفي، و 0.80 بالنسبة للمؤشرات الخاصة بالقمع التعبيري.

المقياس تم ترجمته من طرف نسرين البراهمة جامعة اليرموك (2017)، وتم تطويره للبيئة الفلسطينية حيث يتكون المقياس بصورته الأصلية من (10) مؤشرات موزعة على بعدين هما:

القمع التعبيري: يتضمن 04 مؤشرات هي: "9. 6. 4. 2".

اعادة التقييم المعرفي: يتضمن 06 مؤشرات هي "10. 8. 7. 5. 3. 1".

ب. طريقة تصحيح المقياس:

يتكون مقياس التنظيم الانفعالي في صورته النهائية من (10) مؤشرات، وللإجابة على مؤشرات أبعاد المقياس يضع المفحوص اشارة (X) أمام كل فقرة بما يتناسب وقناعته حول مدى انطباق مضمون هذه الفقرة عليه، وذلك على تدرج يتكون من 07 بدائل وفقاً لتدرج ليكارت (Likert) السباعي وهي:

الدرجة	البديل
(7) درجات	أتفق بشدة
(6) درجات	أتفق
(5) درجات	أتفق أحيانا
(4) درجات	محايد
(3) درجات	أرفض بشدة
(2) درجات	أرفض
(1) درجة	أرفض أحيانا

وبما أن بعد اعادة التقييم يتكون من (06) مؤشرات، فإن الدرجة الكلية لهذا البعد تتراوح بين (6) درجات وهي أدنى درجة يحصل عليها المفحوص، و (42) درجة وهي أعلى درجة يحصل عليها المفحوص.

وبعد القمع التعبيري يتكون من (4) مؤشرات، فإن الدرجة الكلية لهذا البعد تتراوح بين (4) درجات وهي أدنى درجة يحصل عليها المفحوص، و (28) درجة وهي أعلى درجة يحصل عليها المفحوص.

وقد تم توزيع المتوسطات الحسابية لتحديد مستوى التنظيم الانفعالي كالآتي: (10 – 30) منخفضة، (30 – 50) متوسطة، (50 – 70) مرتفعة. (البراهمة، 2017: 55) نقلا عن (رزان، زهدي، 2019: 87).

جدول (08) يبين المتوسطات الحسابية لمستوى التنظيم الانفعالي

المتوسطات الحسابية	مستوى التنظيم الانفعال
(30 – 10)	منخفض
(50 – 30)	متوسط
(70 – 50)	مرتفع

2) حساب الخصائص السيكومترية للمقاييس:

لحساب الخصائص السيكومترية المستخدمة في الدراسة الحالية، تم تطبيق جميع الأدوات على عينة مكونة من (50) مبحوث.

1.2 الخصائص السيكومترية لمقياس المرونة النفسية:

الصدق: لقد تم التأكد من صدق المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية باستخدام صدق الاتساق الداخلي، وتم حساب معامل الارتباط بيرسون بين كل مؤشر من مؤشرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس، وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي Spss.V26.

والجدول التالي يوضح معاملات صدق الاتساق الداخلي لأداة الدراسة لمؤشرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس ككل.

جدول رقم (09): يبين معاملات الارتباط لكل مؤشر من مؤشرات المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس (ن=50).

رقم المؤشر	المؤشر	معامل ارتباط المؤشر بالدرجة الكلية للمقياس
1	أحاول تجنب ما يذكرني بمرض السكري	** 0.541
2	لدي أفكار سلبية بشأن اصابتي بمرض السكري	** 0.734
3	لدي مشاعر سلبية بشأن اصابتي بمرض السكري	** 0.844
4	لا أعتني بمرض السكري لأنه يذكرني بأنني مصاب بهذا المرض	** 0.513
5	عندما ينتابني شعور مزعج أو أفكر في مرض السكري، أحاول التخلص من هذا الشعور أو التفكير	** 0.571
6	أتجنب تناول الدواء أو أنسى تناوله لأنه يذكرني بأنني مصاب بداء السكري.	** 0.598
7	أتجنب التوتر أو أتخلص منه بتناول ما أعرف أنه لا يجب أن أكله	** 0.716
8	غالبًا ما أتجاهل على نفسي ما يمكن أن يفعله مرض السكري بجسدي.	** 0.403
9	لا أمارس الرياضة بانتظام لأنه يذكرني بأنني مصاب بمرض السكري.	** 0.635
10	أغير ما كنت أفكر فيه حول مرض السكري، للتقليل من الانفعالات السلبية (كالحزن والغضب).	** 0.405

** دال عند مستوى (0.01)

* دال عند مستوى (0.05)

يتضح من خلال الجدول رقم (09) أن معاملات الارتباط بيرسون بين كل مؤشر من مؤشرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى دلالة (0.01)، وهذا ما يؤكد أن مقياس المرونة النفسية يتمتع بدرجة مقبولة من الاتساق الداخلي، مما يطمئن الطالب إلى تطبيقها على عينة الدراسة الفعلية.

الثبات:

تم تقدير ثبات المقياس على أفراد العينة الاستطلاعية، وذلك باستخدام طريقة معامل ألفا كرومباخ كما هو موضح في الجدول رقم (10):

جدول رقم (10): يبين معامل ألفا كرومباخ لمؤشرات المقياس ككل

المقياس	المؤشرات	معامل ألفا كرومباخ
مقياس المرونة النفسية	10 مؤشرات	0.741

يتبن من خلال الجدول رقم (10) أن مقياس المرونة النفسية يتمتع بدرجة مقبولة من الثبات. اذن: بعد العرض وبعد التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس المرونة النفسية والمتمثلة في: الصدق (صدق الاتساق الداخلي) والثبات (معامل ألفا كرومباخ) على عينة الدراسة الاستطلاعية والمكونة من (50) مبحوث، فإن جميع معاملات الارتباط دالة، وبالتالي يمكن القول أن المقياس يعتبر مناسباً ويتمتع بدرجة مقبولة من الصدق والثبات، مما يمكن تطبيقه على باقي عينة الدراسة الفعلية.

2.2 الخصائص السيكومترية لمقياس الرفاه النفسي:

الصدق: للتحقق من صدق مقياس الرفاه النفسي تم استخدام ما يلي:

صدق الاتساق الداخلي: للتحقق من صدق الاتساق الداخلي (صدق البناء أو التكوين) لمقياس الرفاه النفسي، قام الطالب الباحث بتطبيق المقياس على أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية (50) مريض (ة)، ومنه تم حساب معاملات ارتباط درجة كل مؤشر من مؤشرات البعد بالدرجة الكلية للبعد، والدرجة الكلية للبعد بالدرجة الكلية للمقياس كما هو موضح في الجداول أدناه:

جدول رقم (11): يبين معاملات ارتباط بيرسون لمؤشرات بعد الحكم الذاتي بالدرجة الكلية للبعد، والدرجة الكلية للبعد بالدرجة الكلية للمقياس

بعد الحكم الذاتي			
معامل ارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس	معامل ارتباط درجة المؤشر بالبعد	المؤشر	رقم المؤشر
** 0.753	** 0.400	لا تتأثر قرارتي عادة بما يفعله الآخرين.	1
	** 0.432	لدي ثقة في وجهة نظري، حتى ولو كانت تختلف عن وجهات نظر الآخرين.	2
	** 0.705	أقلق بخصوص ما يعتقده الآخرين حولي.	3
	* 0.319	أغير رأبي حول القرارات التي لا تتوافق مع آراء أصدقائي أو أهلي أو زملائي.	4
	** 0.503	سعادتي مع نفسي هي أكثر أهمية بالنسبة لي من موافقة الآخرين على أفعالي.	5
	** 0.368	أجد صعوبة في التعبير عن آرائي المتعلقة بالأمر المثيرة للنقاش.	6
	** 0.600	أميل للتأثر بالناس فيما يتعلق بالآراء أو القضايا التي تواجههم.	7
	** 0.640	أعبر عن آرائي، حتى وان كانت معارضة لآراء معظم الناس.	8

** دال عند مستوى (0.01)

* دال عند مستوى (0.05)

يتضح من خلال الجدول رقم (11) أن قيم معامل ارتباط كل مؤشر من المؤشرات مع بعده دال احصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، مما يدل على صدق اتساق كل مؤشر مع بعده، والبعد بالدرجة الكلية للمقياس، ماعدا المؤشر رقم (4) دال عند مستوى دلالة (0.05) لكن هذا لا يؤثر سلباً على صدق اتساق المقياس.

جدول رقم (12): يبين معاملات ارتباط بيرسون لمؤشرات بعد التمكن البيئي بالدرجة الكلية للبعد، والدرجة الكلية للبعد بالدرجة الكلية للمقياس

بعد التمكن البيئي			
رقم المؤشر	المؤشر	معامل ارتباط درجة المؤشر بالبعد	معامل ارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس
9	أهتم عموماً برعاية شؤوني المالية والشخصية	** 0.764	** 0.374
10	أتحصل على مطالبتي في الحياة اليومية بسهولة	** 0.789	

** دال عند مستوى (0.01)

* دال عند مستوى (0.05)

يتضح من خلال الجدول رقم (12) أن قيم معامل ارتباط كل مؤشر من المؤشرات مع بعده، وكل بعد بالدرجة الكلية للمقياس دال احصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، مما يدل على صدق كل مؤشر مع بعده، وكل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس.

جدول رقم (13): يبين معاملات ارتباط بيرسون لمؤشرات بعد نمو الشخصية بالدرجة الكلية للبعد، والدرجة الكلية للبعد بالدرجة الكلية للمقياس.

بعد نمو الشخصية			
رقم المؤشر	المؤشر	معامل ارتباط درجة المؤشر بالبعد	معامل ارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس
11	ليس لدي اهتمام بالأنشطة التي من شأنها توسيع أفاق.	** 0.447	** 0.431
12	عندما أفكر في أمري، أعتقد أنني لم أتحسن كثيراً كمشخص على مر السنوات.	** 0.431	

** 0.421	** 0.570	أعتقد أنه من المهم التحدي بالتجارب الجديدة الطريقة التي نفكر بها في أنفسنا.	13
	** 0.539	لا أستمتع بالمواقف الجديدة التي تتطلب مني تغيير الطرق المألوفة القديمة عند القيام بمهام ما.	14
	** 0.425	تخلت عن تجريب عدة أشياء جديدة في حياتي لأنني على ما يرام.	15

** دال عند مستوى (0.01)

* دال عند مستوى (0.05)

يتضح من خلال الجدول رقم (13) أن قيم معامل ارتباط كل مؤشر من المؤشرات مع بعده، وكل بعد بالدرجة الكلية للمقياس دال احصائيا عند مستوى دلالة (0.01)، مما يدل على صدق اتساقه.
جدول رقم (14): يبين معاملات ارتباط بيرسون لمؤشرات بعد العلاقات الايجابية مع الآخرين بالدرجة الكلية للبعد، والدرجة الكلية للبعد بالدرجة الكلية للمقياس

بعد العلاقات الايجابية مع الآخرين			
رقم	المؤشر	معامل ارتباط درجة المؤشر بالبعد	معامل ارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس
16	ليس لدي الكثير من الناس الذين يرغبون في الاستماع لي عندما أرغب في الحديث معهم	** 0.729	** 0.569
17	غالبا ما أشعر بالوحدة لأن لدي عدد قليل من الأصدقاء المقربين الذين أشاركهم اهتماماتي	** 0.703	
18	يبدو لي أن معظم الناس لديهم أصدقاء أكثر مني.	** 0.720	
19	الحفاظ على علاقات وثيقة هو أمر صعب ومحبط بالنسبة.	** 0.636	
20	لم أطور العديد من العلاقات الحميمة التي تتسم بالثقة مع الآخرين.	** 0.593	

** دال عند مستوى (0.01)

* دال عند مستوى (0.05)

يتضح من خلال الجدول رقم (14) أن قيم معامل ارتباط كل مؤشر من المؤشرات مع بعده، وكل بعد بالدرجة الكلية للمقياس دال احصائيا عند مستوى دلالة (0.01)، مما يدل على صدق اتساقه.

جدول رقم (15): يبين معاملات ارتباط بيرسون لمؤشرات بعد الهدف من الحياة بالدرجة الكلية للبعد، والدرجة الكلية للبعد بالدرجة الكلية للمقياس

بعد الهدف من الحياة			
رقم المؤشر	المؤشر	معامل ارتباط درجة المؤشر بالبعد	معامل ارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس
21	أستمتع بوضع خطط للمستقبل والعمل على تحقيقها في الواقع.	** 0.365	** 0.694
22	أميل الى التركيز على الحاضر، لأن المستقبل يقودني دائما الى المشاكل.	** 0.734	
23	ليس لدي شعور بالسعي الى تحقيق هدف في الحياة	** 0.572	
24	أشعر أحيانا أنني قد فعلت كل ما يجب القيام به في الحياة	** 0.498	
25	اعتدت على وضع اهداف لحياتي، ولكن تبدو لي الآن أنها مضيعة للوقت.	** 0.444	
26	أعيش حياة يوم واحد في وقت واحد ولا يشغلني التفكير في المستقبل.	** 0.539	

** دال عند مستوى (0.01)

* دال عند مستوى (0.05)

يتضح من خلال الجدول رقم (15) أن قيم معامل ارتباط كل مؤشر من المؤشرات مع بعده، وكل بعد بالدرجة الكلية للمقياس دال احصائيا عند مستوى دلالة (0.01)، مما يدل على صدق اتساقه.

جدول رقم (16): يبين معاملات ارتباط بيرسون لمؤشرات بعد قبول الذات بالدرجة الكلية للبعد، والدرجة الكلية

للبعد بالدرجة الكلية للمقياس

بعد قبول الذات			
رقم المؤشر	المؤشر	معامل ارتباط درجة المؤشر بالبعد	معامل ارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس
27	ليس لدي اهتمام بالأنشطة التي من شأنها توسيع أفاقي.	** 0.724	* 0.303
28	عندما أفكر في أمري، أعتقد أنني لم أحسن كثيرا كشخص على مر السنوات.	** 0.704	
29	أعتقد أنه من المهم التحدي بالتجارب الجديدة الطريقة التي نفكر بها في أنفسنا.	** 0.548	
30	لا أستمتع بالمواقف الجديدة التي تتطلب مني تغيير الطرق المألوفة القديمة عند القيام بمهام ما.	** 0.686	

** دال عند مستوى (0.01)

* دال عند مستوى (0.05)

يتضح من خلال الجدول رقم (16) أن قيم معامل ارتباط كل مؤشر من المؤشرات مع بعده دالة عند مستوى (0.01)، أما معامل ارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس دال احصائيا عند مستوى دلالة (0.05) لكن هذا لا يؤثر سلبا على مستوى البعد، مما يدل على صدق اتساقه.

الثبات:

للتحقق من ثبات المقياس قام الطالب الباحث بتطبيق مقياس الرفاه النفسي على أفراد العينة وعددهم (50) مريضة (ة)، وقام بحساب قيمة الثبات باستخدام طريقة ألفا كرومباخ، والذي بلغت قيمته (0.68) وهي قيمة مقبولة، تشير الى ان المقياس يتمتع بدرجة مقبولة من الثبات.

جدول رقم (17): يبين معامل ألفا كرومباخ لقياس ثبات أداة الدراسة

المقياس	أبعاد المقياس	عدد المؤشرات	معامل ثبات البعد
مقياس الرفاه النفسي	التحكم الذاتي	8	0.686
	التمكن البيئي	2	0.814
	نمو الشخصية	5	0.641
	العلاقات الايجابية مع الآخرين.	5	0.770
	الهدف من الحياة	6	0.700
	قبول الذات	4	0.755
	الدرجة الكلية	30	0.688

يتضح من الجدول رقم (17) أن معامل الثبات العام للمقياس مقبول حيث بلغت قيمته (0.68) مما

يتأكد أن مقياس الرفاه النفسي ثابت ويمكن تطبيقه على عينة الدراسة الفعلية.

3.2 الخصائص السيكومترية لمقياس التنظيم الانفعالي:

الصدق: للتحقق من صدق مقياس التنظيم الانفعالي تم استخدام:

صدق الاتساق الداخلي: قام الطالب الباحث بالتحقق من صدق الاتساق الداخلي (صدق البناء أو

التكوين) لمقياس التنظيم الانفعالي، من خلال تطبيقه على أفراد الدراسة الاستطلاعية (50) مريض (ة)،

ومنه تم حساب معاملات ارتباط درجة كل مؤشر من مؤشرات البعد بالدرجة الكلية للبعد، والدرجة

الكلية للبعد بالدرجة الكلية للمقياس كما هو موضح في الجداول أدناه:

جدول رقم (18): يبين معاملات ارتباط بيرسون لمؤشرات بعد القمع التعبيري بالدرجة الكلية للبعد، والدرجة الكلية

للبعد بالدرجة الكلية للمقياس

بعد القمع التعبيري			
رقم المؤشر	المؤشر	معامل ارتباط درجة المؤشر بالبعد	معامل ارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس
2	أحتفظ بانفعالاتي ل نفسي.	** 0.420	** 0.735
4	عندما أشعر بانفعالات ايجابية أجد صعوبة في التعبير عنها.	** 0.517	
6	ألجأ الى عدم التعبير عن انفعالاتي كوسيلة لتنظيمها.	** 0.499	
9	عندما أشعر بانفعالات سلبية أحرص على عدم التعبير عنها.	** 0.682	

** دال عند مستوى (0.01)

* دال عند مستوى (0.05)

يتضح من خلال الجدول رقم (18) أن قيم معامل ارتباط كل مؤشر من المؤشرات مع بعده، والبعد بالدرجة الكلية للمقياس دال احصائيا عند مستوى دلالة (0.01)، مما يدل على صدق اتساقه.

جدول رقم (19): يبين معاملات ارتباط بيرسون لمؤشرات بعد اعادة التقييم المعرفي بالدرجة الكلية للبعد، والدرجة الكلية للبعد بالدرجة الكلية للمقياس.

بعد اعادة التقييم المعرفي			
رقم المؤشر	المؤشر	معامل ارتباط درجة المؤشر بالبعد	معامل ارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس
1	عند ما أريد أن أشعر بانفعال ايجابي (كالفرح والبهجة) أغير ما كنت أفكر فيه.	** 0.494	
3	عندما أريد أن أشعر بانفعالات أقل سلبية (كالحزن والغضب) أغير ما كنت أفكر فيه.	** 0.753	

** 0.890	** 0.332	عندما أواجه موقفا ضاغطا، أفكر في الطريقة التي تجعلني هادئا.	5
	** 0.421	عندما أريد أن أشعر بانفعال أكثر ايجابية، أغير الطريقة التي أفكر بها عن الموقف.	7
	** 0.541	أتحكم في انفعالاتي من خلال تغيير الطريقة التي أفكر بها عن الموقف الذي أكون فيه.	8
	** 0.412	عندما أريد أن أشعر بانفعالات أقل سلبية، أغير طريقة تفكيري عن ذلك الموقف.	10

** دال عند مستوى (0.01)

* دال عند مستوى (0.05)

يتضح من خلال الجدول رقم (19) أن قيم معامل ارتباط كل مؤشر من المؤشرات مع بعده، والبعد بالدرجة الكلية للمقياس دال احصائيا عند مستوى دلالة (0.01)، مما يدل على صدق اتساقه.

الثبات:

جدول رقم (20): يبين معامل ألفا كرومباخ لمقياس ثبات أداة الدراسة

المقياس	أبعاد المقياس	عدد المؤشرات	معامل ثبات البعد
مقياس التنظيم الانفعالي	القمع التعبيري	4	0.658
	اعادة التقييم المعرفي	6	0.680
	الدرجة الكلية	10	0.671

يتضح من الجدول رقم (20) أن معامل الثبات العام للمقياس مقبول حيث بلغت قيمته (0.67)

مما يتأكد أن مقياس التنظيم الانفعالي ثابت، ويمكن تطبيقه على عينة الدراسة الفعلية.

3. الملاحظة العيادية: استعملت بهدف ملاحظة السلوكيات والإيماءات التي تطرأ عن الحالات أثناء اجراء

المقابلات العيادية (طريقة الكلام، الاستجابات الانفعالية، الإيماءات... الخ).

4. شبكة المقابلة العيادية:

استعملت شبكة المقابلة العيادية بهدف الحصول على معلومات أكثر مرتبطة بموضوع البحث ومتغيراته، إضافة الى التعمق أكثر في دراسة بعض الحالات التي قد أغفلت عليها نتائج دراستنا السيكومترية، لذا فهي أداة جد مهمة في عملية الفحص النفسي وأكثرها استخداما في الجانب العيادي. يعرفها (Bergeret, J) حسب ما جاء في (مباركي، 2016: 164) بأنها: "لا تهتم بالأعراض في حد ذاتها ولا بالتعبيرات الجسدية، فالمفحوص يتموقع في موقف نشط ويكون متلقي وشاهد في وضعية بينشخصية". قمنا باختيار شبكة المقابلة العيادية لما يتطلبه خصائص بحثنا الحالي، وللوصول الى تحقيق هذا الهدف قمنا ببناء دليل شبكة مقابلة بالتركيز على بعض الدراسات السابقة وكذا فرضية البحث الاكينيكي، وعملنا على تحديد مجموعة من المحاور لتأطير تدخلاتنا مع الحالات.

1.3 خطوات بناء دليل شبكة المقابلة العيادية:

من خلال النتائج المتوصل اليها في الدراسة الوصفية، والتي دلت نتائجها عن وجود قصور في كل من التنظيم الانفعالي والمرونة النفسية والرفاه النفسي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت، وبناء على نتائج هذا الأخير قام الطالب بإجراء دراسة عيادية موازية للدراسة الوصفية بهدف الكشف والتفحص والتعمق أكثر في دراسة هذا القصور من خلال بعض الحالات العيادية، الأمر الذي استدعى من الطالب بناء دليل شبكة مقابلة يحتوي على عشرة محاور، استنادا على مجموعة من الدراسات السابقة منها دراسة (Lawrence,F & Danielle,H et al,2017؛ مباركي، 2016؛ سلوى، فهاد المري، 2018)، وبعض أسئلة المقاييس (مقياس التنظيم الانفعالي "Gross, & John, 2003"، مقياس المرونة النفسية" Cook, Med Kristofer, S, berlin; Mary, E., Keenan, Jessica, et al,2022)، إضافة الى خبرة الطالب في الميدان الصحي وخبرة الطبيب العام مع مرضى السكري في مصلحة الأمراض المزمنة، وهذا بغرض معرفة

الدوافع الكامنة وراء هذا القصور من خلال سلوكيات الأفراد وخصوصية كل حالة. (أنظر الملحق رقم (04)، والجدول التالي يوضح تعديلات السادة الأساتذة المحكمين لدليل شبكة المقابلة.

جدول رقم (21): يبين تعديلات السادة الأساتذة المحكمين لدليل شبكة المقابلة

الرقم	قبل التعديل	بعد التعديل	الملاحظة
01	المقابلة الافتتاحية داخل الدليل	خارج الدليل	المقابلة الافتتاحية هي مقابلة تعارفية وتشاركية تكون خارج نطاق الدليل.
02	الولادة: (طبيعة/ قيصرية)	تم سحبا	لا تخدم الغرض من البحث.
03	/////	كيف تلقيت خبر إصابتك بالسكري؟	جملة إضافية من المحكمين
04	/////	كيف بدأت العلاج بالدواء أو بحقنة الأنسولين؟	جملة إضافية من المحكمين
05	/////	هل حياتك الجنسية عادية؟ إذا تغيرت ما الذي تغير فيها؟	جملة إضافية من المحكمين
06	هل ترغب في تغيير الماضي أم لا؟	هل ترغب في الحديث عن الماضي ولماذا؟	إعادة الصياغة (الماضي لا يمكن تغييره)

II. الدراسة الأساسية

1.2 مكان الدراسة:

تم اجراء الدراسة الأساسية بالعيادة المتعددة الخدمات 20أوت بعين البرج ولاية تيسمسيلت

(مصلحة الأمراض المزمنة).

2.2 مدة الدراسة:

تم اجراء الدراسة الأساسية خلال الفترة الممتدة من 2023/02/18 الى غاية 2023/04/25 في

مصلحة الأمراض المزمنة بالعيادة المتعددة الخدمات 20 أوت عين البرج ولاية تيسمسيلت.

3.2 عينة الدراسة:

بعد عرض نتائج الدراسة الاستطلاعية، والتأكد من بعض الخصائص المتعلقة بالعينة (الجنس،

العمر، نوع السكر، مدة ازمان المرض) وكذا الأدوات المستخدمة في الدراسة والتأكد من خصائصها

السيكومترية، تم بعدها مباشرة الشروع في اجراء الدراسة الأساسية بمصلحة الأمراض المزمنة بولاية

تيسمسيلت، حيث أجريت الدراسة على 170 مريض من كلا الجنسين، منهم 50 مريض ومريضة تم تطبيق

المقاييس معهم في شكل مقابلة وهذا راجع الى خصوصية بعض المرضى منها(المستوى الدراسي، الثقافي

والطبي)، حيث استغرقت مدة اجراء المقابلة مع المرضى من 10 الى 20 دقيقة كحد أقصى.

ويمكن توضيح خصائص عينة الدراسة الأساسية في الجداول التالية:

أ. الجنس:

جدول رقم (22): يبين توزيع خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس

المجموع	الجنس	
	اناث	ذكور
170	81	89
% 100	%47.6	52.4

نلاحظ من خلال الجدول (22) أن عدد الذكور قدر بـ (89) فردا بنسبة 52.4 %، مطابقا لعدد الاناث

المقدر بـ (81) فرد بنسبة 47.6 % وهي نسبة مساوية تقريبا لنسبة عدد الذكور، ومنه يمكن القول بأن

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس توزيعا طبيعيا.

ب. العمر:

جدول رقم (23): يبين توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب العمر

العمر الزمني		
النسبة	التكرار	الفئات العمرية
12.35 %	21	أقل من 20 سنة
22.35 %	38	من 20 – 30 سنة
22.35 %	38	من 31 – 40 سنة
12.95 %	22	من 41 – 50 سنة
16.47 %	28	من 51 – 60 سنة
13.53 %	23	من 61 فما فوق
100 %	170	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول (23) أن توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب العمر الزمني يتراوح

بين أقل من 20 سنة وفوق 61 سنة [20 – 61]، بمجموع تكراري قدره 170 فردا بنسبة 100 %.

لقد تم تقسيم أفراد العينة الى ست فئات عمرية، تتراوح أعمار الفئة العمرية الأولى بمجال أقل من 20

سنة، وقدر عددهم 21 فرد بنسبة 12.35 %، في حين تراوحت أعمار أفراد الفئة الثانية بين 20 – 30

سنة، قدر عددهم 38 أفراد نسبتهم 22.35 %، كما تراوح المجال العمري لأفراد الفئة العمرية الثالثة

بين 31 – 40 سنة، أين قدر عدد أفرادها 38 فردا بنسبة 22.35 %، وفي مقابل ذلك تراوح المجال العمري

للفئة الرابعة بين 41 – 50 سنة بعدد أفراد بلغ 22 أفراد ونسبتهم 12.95 %، وعلى غرار هذا تراوح المجال

العمري للفئة الخامسة بين 51 – 60 سنة والذي قدر عددهم 28 أفراد بنسبة تمثلت في 16.47 %،

وأخيرا الفئة العمرية السادسة التي تراوح مجالها العمري 60 سنة فما فوق، بلغ عدد أفرادها 23 فرد بنسبة

13.53 %.

ت. نوع السكري:

جدول رقم (24): يبين توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب نوع السكري

النسبة	التكرار	نوع السكري
52.9 %	90	النوع الأول
47.1 %	80	النوع الثاني
100 %	170	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول (24) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع السكري الى نوعين هما:

النوع الأول: وهو النوع الخاضع للأنسولين، والذي بلغ عدد أفراداه 90 فرد، بنسبة 52.9 %.

النوع الثاني: وهو النوع الخاضع للأقراص قدر عدد أفراداه 80 فردا، تراوحت نسبتهم 47.1 %، وهي نسبة

أقل من عدد أفراد عينة النوع الأول الخاضع للأنسولين.

ث. ازمان المرض:

جدول رقم (25): يبين توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب مدة ازمان المرض

مدة ازمان المرض بالسنوات		
النسبة المئوية	التكرار	الفئات المرضية
37.06 %	63	أقل من 5 سنوات
45.88 %	78	من 5 – 10 سنوات
11.17 %	19	من 11 – 15 سنة
2.94 %	05	من 16 – 20 سنة
2.94 %	05	من 21 سنة فما فوق
100 %	170	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (25) أن مجال مدة ازمان المرض أو مدة اكتشافه لدى عينة الدراسة يتراوح بين أقل من 5 سنوات وأكثر من 21 سنة، [5 – 21] حيث تقسيم الأفراد وفقا لدة ازمان مرضهم الى خمس فئات هي:

الفئة الأولى: يتراوح مجال مدة الازمان فيها أقل من 5 سنوات، وقدر عدد أفراد هذه الفئة 63 مريض (ة) بنسبة 37.06 % وهي نسبة قريبة من نسبة أفراد عينة الفئة الثانية.

الفئة الثانية: تتراوح مدة ازمان المرض فيها بين 5 – 10 سنوات بعدد مرضى قدر بـ 78 مريض (ة)، تقدر نسبتهم بـ 45.88 %. وهم يمثلون أعلى نسبة من نسبة أفراد العينة الاجمالية

الفئة الثالثة: تتراوح مدة ازمان المرض فيها بين 11 – 15 سنة، حيث قدر عدد أفرادها 19 أفراد، نسيه قدرت بـ 11.17 %، وهي نسبة تمثل تقريبا ربع (1/4) من نسبة أفراد عينة الفئة الثانية.

الفئة الرابعة: تراوحت مدة ازمان المرض فيها بين 16 – 20 سنة، حيث قدر عدد المرضى فيها 5 مرضى بنسبة 2.94 %، مما نلاحظ أن هناك عدد قليل من المرضى في هذه الفئة مقارنة بالفئات الأخرى.

الفئة الخامسة: تراوح مجال ازمان مرض هذه الفئة الأخيرة أكثر من 21 سنة، قدر عدد مرضاها 5 مرضى (ة) بنسبة 2.94 %، وهي نسبة مطابقة لنسبة ازمان مرض الفئة الرابعة.

ومن خلال ما سبق يمكن القول إن مدة ازمان المرض لدى مرضى السكري قد لا تعبر عن المدة الحقيقية لظهوره، وانما تعبر عن المدة التي تم فيها اكتشاف المرض وبداية وصف العلاج، وهذا راجع الى أن المرضى لا يقومون بإجراء الفحوصات الطبية المنتظمة والتحاليل المخبرية المبكرة حينما يشعرون ببعض الأعراض الغير الطبيعية، والتي من شأنها أن تسهل اكتشاف المرض مبكرا.

4.2 حالات البحث العيادية:

بعد الانتهاء من إجراءات الدراسة الوصفية واستخراج نتائج المقاييس الثلاث (مقياس التنظيم الانفعالي، المرونة النفسية، الرفاه النفسي)، قمنا بعدها باختيار حالتين من مرضى السكري من بين 50 مريض الذين طبقت عليهم المقاييس على شكل مقابلة في الدراسة الأساسية، يمثل كل واحد منهم نوعاً من السكري مغاير للآخر (النوع الأول، النوع الثاني)، تم اختيارهم بطريقة قصدية وهذا بهدف استكمال الدراسة العيادية والتعمق أكثر في فهم ودراسة الجانب السيكو دينامي لهؤلاء المرضى، ومدى تأثيره على نمط حياتهم في التعايش والتكيف مع مرضى السكري، وذلك عن طريق مجموعة من الأدوات البحثية المتمثلة في (شبكة المقابلة، الملاحظة العيادية).

تواصل الطالب بحالات البحث التي ستجري معها المقابلة العيادية من أجل تحديد موعد المقابلات، واتفقاً على إجراء ثلاث مقابلات في الأسبوع، مع احترام كل مفحوص للموعد المحدد له، حيث تم إجراء المقابلات مع الحالات في مكتب مهياً وفي ظروف جيدة، تم تخصيصه من طرف رئيس المصلحة.

5.2 خصائص حالات البحث العيادية:

يوضح الجدول الموالي خصائص حالات البحث العيادية الذين شاركوا في الدراسة السيكومترية مع العينة الأساسية واستكملوا مشاركتهم في الدراسة العيادية، توضيح خصائصهم من حيث (السن، الجنس، نوع السكري، مدة ازمان المرض، إضافة الى الدرجة التي تحصل عليها كل مفحوص على المقاييس الثلاث).

جدول رقم (26): يبين خصائص حالات البحث العيادي

درجة المفحوص على المقياس		مدة ازمان المرض	نوع السكري	الجنس	السن	الاسم
28 درجة	مقياس التنظيم الانفعالي	07	النوع الأول	أنثى	27	ب
40 درجة	مقياس المرونة النفسية					
80 درجة	مقياس الرفاه النفسي					
45 درجة	مقياس التنظيم الانفعالي	10	النوع الأول	ذكر	30	ط
50 درجة	مقياس المرونة النفسية					
100 درجة	مقياس الرفاه النفسي					

الفصل الرابع:

عرض ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة
الإحصائية والعيادية

- I عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى
- II عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية
- III عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة
- IV عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة
- V عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة
- VI عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة
- VII عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة (الفرض العيادي)

I عرض ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة الاحصائية:

عرض نتائج الفرضية الأولى، والتي تنص:

تتمتع عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت بمستوى متوسط من المرونة النفسية

وللإجابة على هذه الفرضية تم حساب المتوسط الحسابي، المتوسط الفرضي والانحراف المعياري

حيث دلت النتائج على ما يلي:

جدول رقم (27): يبين نتائج مستويات المرونة النفسية لدى عينة من مرضى السكري

المتغير	العينة	المتوسط الفرضي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الفرق	مستوى الدلالة	المجالات
المرونة النفسية	170	40	31.59	12.402	8.406	0.01	[10 – 30]منخفض [30 – 50]متوسط [50 – 70]مرتفع

يتضح من خلال الجدول (27) أن المتوسط الحسابي لمفردات عينة مرضى السكري قدر بـ 31.59 بانحراف معياري يقدر بـ 12.402، وهي قيمة أصغر من المتوسط الفرضي المشار إليها بـ 40، وبالنظر الى المجالات نستنتج أنه: يتمتع عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت بمستوى متوسط من المرونة النفسية، وفق ما أشارت اليه قيمة الفرق بين استجابات المرضى على مقياس المرونة النفسية والمتوسط النظري المقدر بـ 8.406 عند مستوى دلالة 0.01. وعليه يتحقق الفرض المقترح أنه تتمتع عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت بمستوى متوسط من المرونة النفسية.

مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

أظهرت نتائج الفرضية الأولى أنه تتمتع عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت بمستوى متوسط من المرونة النفسية، متوافقة مع نتائج دراسة (شقورة، 2012) التي أجريت على عينة مكونة من 600

طالب من كلا الجنسين باتباع المنهج الوصفي التحليلي، وتوصلت نتائجها الى وجود مستوى متوسط من المرونة النفسية بلغ 77.17%، كما توافقت مع دراسة (Joyce, et al,2008) التي أجريت على 111 مريض بداء السكري بهدف معرفة دور المرونة النفسية في القدرة على تحمل تفاقم HbA1c وسلوكيات الرعاية الذاتية في مواجهة ارتفاع معدلات السكري، حيث أشارت نتائجها الى وجود مستويات متقاربة بين الانخفاض والارتفاع حسب البلدان. وهذا ما دل على شيء فإنما يدل على وجود مؤشرات إيجابية لدى هؤلاء المرضى تساعد في التكيف والتعامل مع مرضهم بمرونة إيجابية، إضافة الى تقبلهم لمرضهم الذي يجعلهم يتعايشون معه ويولد لديهم مشاعر إيجابية تساعد في الوقاية من بعض المضاعفات التي قد يتعرض لها الكثير من مرضى السكري الذين لديهم مشاعر سلبية كالحزن والاكتئاب والقلق اللذان يؤثران سلبا على حالتهم النفسية والجسدية، وكذا مناعتهم النفسية التي تعد حاصن لتلك المضاعفات.

في حين تعارضت دراستنا مع نتائج دراسة (بورنان، 2022) التي أجريت على عينة 41 مريض بالسكري من النوع الأول بمستشفى الزهراوي ولاية مسيلة، والتي توصلت نتائجها الى وجود مستوى مرتفع من المرونة النفسية، وهذا راجع الى التكيف الإيجابي للمريض مع مرضه مع اتباع سلوك صحي جيد مبني على استشارات طبية منتظمة سواء من حيث اتباع الحمية الغذائية او تناول المنتظم للدواء، إضافة الى الدعم المعنوي الذي يتلقاه المريض سواء من طرف الأسرة أو حتى الأقارب والأصدقاء، فالشخص المرن هو الذي يتكيف مع مواقف وظروف الحياة اليومية بصورة إيجابية، كما تعارضت مع دراسة (الخميس، وطنوس، 2019) التي هدفت الى الكشف عن مستوى المرونة النفسية وعلاقتها بالضغوط النفسية لدى عينة من طلبة جامعة الأردن باستخدام المنهج الوصفي التحليلي، وتوصلت نتائجها الى وجود مستوى منخفض من المرونة النفسية، فالضغوط النفسية غالبا ما تولد لدى الشخص اضطرابات نفسجسدية كالسكري يصعب عليه فهمها أو التكيف معها خاصة في حالة كبت بعض الرغبات التي قد تسبب له صراع نفسي داخلي (اقدام – احجام) ينعكس على حالته الصحية، وهذا ما نلاحظه خلال الفحوصات

الطبية أن هناك العديد من المرضى المصابين بداء السكري الذين يتقدمون الى العيادة بسبب عدم انتظام نسبة السكري لديهم على الرغم من أنهم يتناولون الدواء ويتبعون الحمية ... الخ، لكنهم لا يدركون أن الجانب النفسي يلعب دور كبير على مرضهم، وهذا ما تأكده دراسة (Reynolds, et al, 2004) في أمريكا التي هدفت الى معرفة العلاقة بين الضغط والأعراض الجسدية على عينة مكونة من 1030 مراهقا، معتمدة على المقابلة والفحص الطبي في جمع المعلومات، وتوصلت نتائجها الى ان ارتفاع مستوى الضغط يؤدي الى زيادة معدل الأعراض والشكاوي الجسدية. فالمرونة النفسية أحد متغيرات علم النفس الإيجابي تساهم ولو بدرجة قليلة في الوقاية من الشكاوي الجسدية لدى المرضى خاصة فئة الأمراض المزمنة.

عرض نتائج الفرضية الثانية، والتي تنص:

تتمتع عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت بمستوى متوسط من الرفاه النفسي

وللإجابة على هذه الفرضية تم حساب المتوسط الحسابي، المتوسط الفرضي والانحراف المعياري

حيث دلت النتائج على ما يلي:

جدول رقم (28): يبين نتائج مستويات الرفاه النفسي لدى عينة من مرضى السكري

المتغير	العينة	المتوسط الفرضي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الفرق	مستوى الدلالة	المجالات
الرفاه النفسي	170	90	94.48	12.662	4.482	0.01	[30 – 70]منخفض [70 – 110]متوسط [110 – 150]مرتفع

يتضح من خلال الجدول (28) أن المتوسط الحسابي لمفردات عينة مرضى السكري قدر بـ 94.48 بانحراف معياري يقدر بـ 12.662، وهي قيمة أكبر من المتوسط الفرضي المشار إليها بـ 90، وبالنظر الى المجالات نستنتج أنه: يتمتع عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت بمستوى متوسط من الرفاه

النفسي، وفق ما أشارت إليه قيمة الفرق بين استجابات المرضى على مقياس الرفاه النفسي والمتوسط النظري المقدرة بـ 4.482 عند مستوى دلالة 0.01. وعليه يتحقق الفرض المقترح أنه تتمتع عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت بمستوى متوسط من الرفاه النفسي.

مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تنص نتائج الفرضية الثانية أنه تتمتع عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت بمستوى متوسط من الرفاه النفسي، متجاوبة مع نتائج دراسة (فهاد المري، 2018) بمدينة الرياض التي هدفت إلى أعداد وتقنين مقياس الرفاه النفسي بأبعاده الست (القبول الذاتي، نمو الشخصية، العلاقات الإيجابية مع الآخرين، الحكم الذاتي، التمكن البيئي، الهدف من الحياة) كما جاء في دراستنا الحالية، على عينة قوامها 488 مريضة مصابات بأمراض مزمنة (السكري، ارتفاع الضغط الدموي، سرطان الثدي) باستخدام المنهج الوصفي، توصلت نتائجها إلى وجود مستويات جيدة من الرفاه النفسي لديهم، في حين تعارضت مع دراسة (خوري، 2019) التي هدفت إلى معرفة مستوى الرفاه النفسي لدى المتقاعدين المصابين بأمراض مزمنة بولاية عنابة مصلحة صندوق الضمان الاجتماعي، استخدمت مقياس كارول ريف "Carol Ryff, 1989" المتكون من ست أبعاد كذلك على عينة مكونة من 32 مريض، واتباع المنهج الوصفي، فأشارت نتائجها إلى وجود مستوى مرتفع من الرفاه النفسي لدى عينة الدراسة، ويمكن تفسير هذا في ضوء عدة عوامل كالثروة والمال التي لها دور مهم في السعادة والرفاه وكذا الفروق الفردية لها أثر في تحديد الرفاه النفسي لأن مفهوم الرفاه يختلف من شخص إلى شخص آخر، ومن مريض إلى مريض آخر كل حسب خصوصيته الثقافية والبيئية والاقتصادية وكذا الاجتماعية التي ينتمي إليها، وهذا ما أشارت إليه بعض الدراسات كدراسة (تاكر، 1998) أن الناس ذوي الرفاه النفسي العالي يتميزون بالميل إلى تفسير الأحداث وخبرات الحياة بصورة إيجابية لتكون أقل استجابة لردود الفعل السلبية، على غرار الأفراد الذين لديهم رفاه نفسي منخفض يلجئون إلى تفسير الأحداث والخبرات بصورة سلبية (خوري، 2019).

وبالتالي فإن الأفكار والمشاعر الإيجابية لدى مريض السكري قد تقلل له من خطر الإصابة بمضاعفات داء السكري خاصة مع التقدم في العمر، وهذا ما أكدت عليه دراسة (Joulia, et al, 2015) التي هدفت الى دراسة الروابط بين الرفاه النفسي ومرض السكري على عينة مكونة من 288 تم تشخيصها من قبل الأطباء، حيث توصلت الى أن الرفاهية النفسية تساهم في التقليل من مخاطر الإصابة بالسكري وكذا انخفاض مستويات Hba1c بعد عام واحد.

اذن: فالرفاه النفسي يمكن اعتباره كأحد مؤشرات الصحة النفسية الإيجابية له دور حاسم وواقى من مأل مخاطر الأمراض النفسجسدية كالسكري وارتفاع الضغط الدموي وغيرها، مما يحسن بشكل كبير في تكيف المريض مع مرضه خاصة مع التقدم في العمر.

عرض نتائج الفرضية الثالثة، والتي تنص:

تتمتع عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت بمستوى منخفض من التنظيم الانفعالي

وللإجابة على هذه الفرضية تم حساب المتوسط الحسابي، المتوسط الفرضي والانحراف المعياري

حيث دلت النتائج على ما يلي:

جدول رقم (29): يبين نتائج مستويات التنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري

المتغير	العينة	المتوسط الفرضي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة الفرق	مستوى الدلالة	المجالات
التنظيم	170	40	45.55	9.360	5.574	0.01	[10 – 30]منخفض
الانفعالي							[30 – 50]متوسط
							[50 – 70]مرتفع

يتضح من خلال الجدول (29) أن المتوسط الحسابي لمفردات عينة مرضى السكري قدر بـ 45.55

بانحراف معياري يقدر بـ 9.360، وهي قيمة أكبر من المتوسط الفرضي المشار إليها بـ 40، وبالنظر الى

المجالات نستنتج أنه: يتمتع عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت بمستوى متوسط من التنظيم الانفعالي، وفق ما أشارت إليه قيمة الفرق بين استجابات المرضى على مقياس التنظيم الانفعالي والمتوسط النظري المقدرة بـ 5.574 عند مستوى دلالة 0.01. وعليه لم يتحقق الفرض المقترح أنه تتمتع عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت بمستوى منخفض من التنظيم الانفعالي.

مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

أظهرت نتائج الفرضية الثالثة أنه تتمتع عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت بمستوى متوسط من التنظيم الانفعالي.

لقد حدد (John, Watson, 1924) في تفسيره للانفعال أنه نمط موروث يتضمن كل التغييرات التي تطرأ على الوظائف الجسدية، وعلى رأسها الأعضاء الحشوية والغدية (Catherine, B, 2007)، فالانفعالات تحدث مجموعة من التغييرات الداخلية والخارجية على الفرد، وذلك بواسطة أنظمة عصبية وهرمونية والتي بدورها تولد مشاعر متعلقة بالفرحة والمتعة أو مشاعر أخرى متعلقة بالإثارة والقلق، لذلك أشار جيمس، جروس (James, Gross) في نظريته للانفعالات الى مجموعة من الطرق أو الاستراتيجيات الشعورية او الغير الشعورية التي يختبر بها الفرد انفعالاته (كيف يسيطر عليها، وكيف يعبر عنها) بهدف الحفاظ أو الخفض أو الزيادة على أحد مكونات الاستجابة الانفعالية، حتى يستطيع توليد استجابات انفعالية جيدة وإيجابية تنعكس على الصحة النفسية والجسدية لديه وهذا ما يطلق عليه بعملية تنظيم الانفعالات، لأن الانفعالات اذا لم تجد منفسا أو مخرجا وتبقى مكبوتة فتصبح مزمنة وقد تتحول الى ظهر أعراض جسدية تصبح بمثابة مترجم لتلك الحالة الانفعالية اللاشعورية.

ان نتائج دراستنا الحالية تتفق مع نتائج دراسة (أيت أعراب، 2020) التي أجريت على عينة مكونة من 30 امرأة مصابة بسرطان الثدي، باستخدام المنهج الوصفي التحليلي ومقياس تنظيم الانفعال لـ (John, & Gross, 2003)، أنهم يتمتعن بمستوى متوسط من التنظيم الانفعالي، موافقة لدراسة (قرمان، 2016)

التي أجريت على 134 طالبا من كلا الجنسين، وطبق عليهم مقياس تنظيم الانفعالات بهدف معرفة مستوى تنظيم الانفعال لديهم، حيث توصلت نتائجها الى وجود مستوى متوسط من تنظيم الانفعالات لديهم.

كما تعارضت نتائج دراستنا مع نتائج دراسات أخرى كدراسة (Farra, et al, 2020) التي أشارت الى وجود مستوى مرتفع من التنظيم الانفعالي لدى المرضى المصابين بداء السكري، وهذا قد يكون راجع الى عدة عوامل ثقافية وبيئية لها دور وأثر فعال على صحة المريض النفسية والجسمية، إضافة الى الضغوط النفسية المتعلقة بالمرض أو ضغوط الحياة اليومية التي يمر بها مريض السكري، والتي قد تولد لديه مجموعة من الانفعالات يصعب فهمها وتنظيمها لديه خاصة في ظل غياب بعض الاستراتيجيات التي تحد أو تخفف من الموقف الانفعالي الذي يتعرض له، وهذا ما أشارت اليه دراسة (Prachi, et al, 2011) أن الصعوبات في فهم وتنظيم الانفعالات لها تأثير سلبي على صحة المريض.

لذا فان للتنظيم الانفعالي دور مهم في عملية فهم وتفسير طبيعة الانفعالات التي تطرأ على الأشخاص الأسوياء أو حتى المرضى خاصة المزمدة منها (كالسكري أو ارتفاع الضغط الدموي وغيرها) في مواقف انفعالية معينة، فهو بمثابة المحرك الذي يزيد ويعدل ويخفض من الطاقة من خلال مجموعة من الآليات الموجودة بداخله كما هو الحال في جسم الانسان.

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة، والتي تنص:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كل من (المرونة النفسية والرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي) لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت، تعزى لكل من (الجنس، نوع السكري، العمر).

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام الأسلوب الاحصائي T. Test لعينتين مستقلتين واختبار تجانس

التباين ليفين (Levene)، حيث دلت النتائج على ما يلي:

1. الجنس:

جدول رقم (30): يبين نتائج T. Test لدراسة الفروق بين المرونة النفسية والرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي تبعا

لمتغير الجنس

المتغيرات	العينة	اختبار ليفين (Levene)	T. Test	الدلالة الاحصائية
المرونة النفسية	ذكور= 89 اناث= 81 مج= 170	F= 0.722	-1.730	0.086
الرفاه النفسي		Sig = 0.397		غير دال
التنظيم الانفعالي		F = 0.861	-2.094*	0.038
		Sig = 0.355		دال عند 0.05
		F= 0.12	0.611	0.542
		Sig = 0.646		غير دال

نلاحظ من خلال الجدول رقم (30) أنه:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المرونة النفسية لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت تعزى لمتغير الجنس، حيث بلغت قيمة الفرق بين الذكور والاناث -1.730، بمستوى تباين $F= 0.722$ وعند مستوى دلالة 0.086، وهي قيمة غير دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي تحققت الفرضية القائلة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المرونة النفسية لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت تعزى لمتغير الجنس.
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الرفاه النفسي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت تعزى لمتغير الجنس لصالح الاناث، وذلك بالنظر الى المتوسطات الحسابية (ذكور= 92.56، اناث= 96.59) وبالتالي لم تحقق الفرضية القائلة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الرفاه النفسي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت تعزى لمتغير الجنس.

3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت تعزى لمتغير الجنس، حيث بلغت قيمة الفرق بين الذكور والاناث 0.611 بمستوى تباين $F=0.12$ وعند مستوى دلالة 0.542، وهي قيمة غير دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي تحققت الفرضية القائلة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت تعزى لمتغير الجنس.

1.4 مناقشة نتائج الفرضية الرابعة في ضوء متغير الجنس:

نصت هذه الفرضية على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مستوى كل من التنظيم الانفعالي والمرونة النفسية، بينما نصت على وجود فروق في مستوى الرفاه النفسي تعزى لمتغير الجنس، وقد أظهرت نتائج اختبار الفروق " ت " صحة هذه الفرضية.

لقد توافقت نتائج دراستنا هذه مع نتائج دراسة (قرمان، 2016) التي توصلت الى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى تنظيم الانفعالات تعزى لمتغير الجنس، وكذا دراسة (القصابي، و اليمانية، 2021) التي توافقت نتائج دراستنا مع جزء من نتائج دراستها الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والاناث في مستوى المرونة النفسية، كما تجاوبت نتائج دراستنا مع جزء من نتائج دراسة (العاسمي، 2018) التي هدفت الى معرفة الفروق بين التنظيم الانفعالي والمرونة النفسية وفقا للجنس على عينة مكونة من 40 طالب من كلا الجنسين بمحافظة السويداء، والتي توصلت الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغيري التنظيم الانفعالي والمرونة النفسية تبعا للجنس.

هذا بالإضافة الى تعارض النتائج التي توصلنا اليها مع نتائج بعض الدراسات الأخرى كدراسة (Joyce, et al, 2008)، التي أجريت على عينة مكونة من 111 مريض بداء السكري دراسة طولية لتقييم مستوى التمثيل الغذائي Hba1c لمدة سنة كاملة، وأشارت نتائجها الى وجود فروق بين من لديهم درجات مرتفعة من المرونة النفسية، ومن لديهم درجات منخفضة، كما تعارضت نتائج دراستنا أيضا مع دراسة (مانع

وآخرون، 2021) التي توصلت نتائجها الى وجود فروق في مستوى التنظيم الانفعالي بين الذكور والاناث وذلك لصالح الاناث.

أما بالنسبة لنتائج مستوى الرفاه النفسي التي أشارت الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير الجنس، فقد تعارضت مع بعض نتائج دراسات أخرى محلية كدراسة (خوري، 2019) التي هدفت الى معرفة الفروق في مستويات الرفاه النفسي وأبعاده على عينة مكونة من 112 مريض من المصابين بأمراض مزمنة بولاية سطيف، وتوصلت الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير الجنس، وقد يعود هذا الى خصوصية العينة التي تم اجراء الدراسة عليها وكذا المستوى المادي فالمرضى الذين أجريت عليهم الدراسة بولاية سطيف من المتقاعدين من مصلحة الضمان الاجتماعي يتمتعون بمستوى مادي جيد الأمر الذي يجعلهم يتمتعون بمستوى رفاه جيد، على غرار العينة التي أجرينا عليها الدراسة بولاية تيسمسيلت بمصلحة الأمراض المزمنة والتي كان جلها لديه دخل ضعيف، مما جعلهم يعبرون لنا أثناء المقابلة معهم عن الجانب المادي فقط سواء الذكور أو الاناث، وهنا تظهر الفروق بين الجنسين في مستوى الرفاه النفسي.

وقد تعود هذه النتائج الى مجموعة من العوامل أهمها:

الحالة النفسية للمريض:

باعتبار أن للجانب النفسي نصيب فيما ما يصاب به الانسان من أمراض نفسجسدية، فان للمشاعر والانفعالات السلبية لدى الذكور أو الاناث دور كبير أيضا في الإصابة بهذا الأخير خاصة داء السكري الذي هو موضوع بحثنا هذا، فالانفعالات السلبية تعيق المريض على خلق بعض الاستراتيجيات التكيفية التي تساعد على التكيف مع مرضه بكل مرونة، في حين أن المشاعر والانفعالات الايجابية سواء لدى الذكور أو الاناث تساعد المريض على التكيف والتعامل الجيد مع مرضه برفاه ومرونة إيجابية تقيه من مخاطر ومضاعفات السكري مستقبلا، فالمرونة النفسية والرفاه النفسي أحد متغيرات على النفس الإيجابي

يختلفا من مريض لآخر ومن جنس لآخر فقد تكون سمة وراثية لدى الجنسين، وقد تنمى وتكتسب من خلال الخبرات وظروف الحياة اليومية التي يمر بها مريض السكري وهنا نجد الفروق بين الجنسين في مستوى المرونة النفسية والرفاه النفسي.

الاستجابة الفيزيولوجية للجسم:

ترتبط الاستجابات الفيزيولوجية المختلفة بالحالات الانفعالية للمريض مما قد تؤثر سلبا على نشاط مستويات غدد هرمونية معينة، والتي بدورها تثبط وظيفة العضو كغدة البنكرياس التي تعمل على تحرير الأنسولين الذي يعدل نسبة السكر في الدم، خاصة اذا اقترن هذا بوجود اضطراب عضوي آخر كالكبد مثلا الذي يساعد البنكرياس على وظيفة عمله، وبالتالي هنا لا يكون للجنس دور في الاستجابة الفيزيولوجية أو الوظيفية بقدر ما يكون تأثير للاضطراب العضوي أكثر، لأنه اذا اقترن مرض السكري بمرض آخر فانه يضعف مناعة الجسم لكلا الجنسين، وهذا قد يكون سبب غياب الفروق بين الجنسين.

2. نوع السكري:

جدول رقم (31): يبين نتائج T. Test لدراسة الفروق بين المرونة النفسية والرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي تبعا

لمتغير نوع السكري

المتغيرات	العينة	اختبار ليفين (Levene)	T. Test	الدلالة الاحصائية
المرونة النفسية	ذكور = 90 اناث = 80 مج = 170	F = 0.420 Sig = 0.518	- 0.500	0.618 غير دال
الرفاه النفسي		F = 0.175 Sig = 0.676	- 1.466	0.144 غير دال
التنظيم الانفعالي		F = 0.514 Sig = 0.474	- 1.940	0.054 غير دال

نلاحظ من خلال الجدول رقم (31) أنه:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المرونة النفسية لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت تعزى لمتغير نوع السكري، حيث بلغت قيمة الفرق بين الذكور والاناث 0.500- بمستوى تباين $F= 0.420$ وعند مستوى دلالة 0.618 وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي تحققت الفرضية القائلة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المرونة النفسية لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت تعزى لمتغير نوع السكري.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الرفاه النفسي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت تعزى لمتغير نوع السكري، حيث بلغت قيمة الفرق بين الذكور والاناث 1.466- بمستوى تباين $F= 0.175$ وعند مستوى دلالة 0.144، وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي تحققت الفرضية القائلة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الرفاه النفسي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت تعزى لمتغير نوع السكري.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت تعزى لمتغير نوع السكري، حيث بلغت قيمة الفرق بين الذكور والاناث 1.940- بمستوى تباين $F= 0.514$ وعند مستوى دلالة 0.054، وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي تحققت الفرضية القائلة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت تعزى لمتغير نوع السكري.

2.4 مناقشة نتائج الفرضية الرابعة في ضوء متغير نوع السكري:

بالنسبة للفروق في مستوى المرونة النفسية والرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي تبعاً لمتغير نوع السكري: لقد بينت النتائج المتوصل إليها قيماً غير دالة لاختبار الفروق " ت "، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير نوع السكري في درجة كل من التنظيم الانفعالي والمرونة النفسية والرفاه النفسي. فقد جاءت نتائج هذه الدراسة متجاوبة مع نتائج دراسة (Desire, et al, 2018) التي

توصلت الى أن مرضى السكري من النوع الأول والثاني لديهم صعوبات في تنظيم الانفعالات مع تشوه معرفي داخلي وخارجي، وهذا نتيجة الضغوطات المرتبطة بمرض السكري، كما تعارضت نتائج دراستنا مع نتائج دراسة (غريب، 2014) التي أجريت على عينة من مرضى السكري قوامها 345 مريض بالسكري، والتي توصلت الى أن مرضى السكري من النوع الأول يستخدمون استراتيجيات سلبية، مقارنة بمرضى السكري من النوع الثاني الذين يستخدمون استراتيجيات ايجابية أثناء تعرضهم لمواقف انفعالية ضاغطة (ريحاني، الزهرة، 2019).

ان الإصابة بداء السكري سواء النوع الأول أو النوع الثاني لا تكمن في نوع المرض في حد ذاته، وانما الى تلك المشاعر والانفعالات التي يمتلكها المريض لأن النقص أو القصور في تنظيم المشاعر والانفعالات يعد بمثابة علامة على وجود معاناتهم من مرض أو اضطراب نفسي، فكلاهما يؤثر سلباً على نفسية المريض ويحد من نشاطاته ومهاراته الاجتماعية خاصة في ظل نقص أو غياب التثقيف الصحي والوعي بالمرض الذي يعرقل من عملية العلاج والوقاية من مضاعفات السكري. فالمرضى المصابين بداء السكري سواء النوع الأول أو الثاني لديهم استراتيجيات تساعد في عملية تنظيم انفعالهم اتجاه المواقف والأحداث الضاغطة لكنهم يختلفون في عملية توظيفها اتجاه ذلك، فمنهم من يلجأ الى استخدام استراتيجيات إيجابية كاستراتيجية إعادة البناء المعرفي أو حل المشكلات التي تؤدي الى استجابات عاطفية وجسدية إيجابية اتجاه تلك مواقف مثيرة للانفعال، على غرار من يلجأ الى استخدام استراتيجيات غير متكيفة كالقمع التعبيري الذي يزيد من الانفعالات السلبية ويحد من الانفعالات الإيجابية اتجاه المواقف.

ان تكرار استخدام الاستراتيجيات الغير المتكيفة من قبل المريض يعكس عدم المرونة النفسية والرفاهية الأمر الذي يخلق أو يؤدي الى ظهور مخاطر أخرى تتعلق بداء السكري، فالمرونة النفسية والرفاه النفسي تبنيا على ضبط وتسيير ناجح للانفعالات، لأنهما عامل مهم يساعد في القدرة على التعافي من الآثار السلبية للأحداث الضاغطة والانفعالات السلبية مع القدرة على تجاوزها بشكل إيجابي، وعامل

مهم كذلك في تحقيق الصحة النفسية والجسدية للفرد بصفة عامة والمريض بصفة خاصة، وهذا ما خلصت اليه دراسة (Coté, & Levenson, 2020) أن القدرة على تنظيم الانفعالات والمشاعر ترتبط ارتباطا جوهريا موجبا بالهناء وطيب الحياة والدخل والمكانة الاجتماعية (أبو حلاوة، 2021).

3. العمر:

جدول رقم (32): يبين نتائج قيمة " ف " لدراسة الفروق بين المرونة النفسية والرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي تبعا

لمتغير العمر

المتغيرات	بين المجموعات	درجات الحرية	مج مربعات الانحراف	متوسط المربعات	قيمة "ف"	الدلالة الاحصائية
المرونة النفسية	داخل المجموعات	58	9560.724	164.840	1.044	0.417 غير دال
	بين المجموعات	111	17533.723	157.961		
	المجموع	169	27094.447	/		
الرفاه النفسي	داخل المجموعات	58	5014.716	86.461	0.980	0.525 غير دال
	بين المجموعات	111	9791.408	88.21		
	المجموع	169	14806.124	/		
التنظيم الانفعالي	داخل المجموعات	58	9516.037	164.07	1.105	0.322 غير دال
	بين المجموعات	111	16478.958	148.459		
	المجموع	169	25994.994	/		

يتضح من خلال الجدول (32) أنه:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المرونة النفسية لدى عينة من مرضى السكري بولاية

تيسمسيلت تعزى لمتغير العمر، حيث قدرت قيمة "ف" ب: 1.044، وهي قيمة غير دالة احصائيا عند

مستوى دلالة 0.05، وبالتالي تحققت الفرضية القائلة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في

مستوى المرونة النفسية لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت تعزى لمتغير العمر.

2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الرفاه النفسي لدى عينة من مرضى السكري بولاية

تيسمسيلت تعزى لمتغير العمر، حيث قدرت قيمة "ف" بـ 0.980 وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند

مستوى دلالة 0.05، وبالتالي تحققت الفرضية القائلة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في

مستوى الرفاه النفسي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت تعزى لمتغير العمر.

3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري بولاية

تيسمسيلت تعزى لمتغير العمر، حيث قدرت قيمة "ف" بـ 1.105 وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند

مستوى دلالة 0.05، وبالتالي تحققت الفرضية القائلة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في

مستوى التنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت تعزى لمتغير العمر.

3.4 مناقشة نتائج الفرضية الرابعة في ضوء متغير العمر:

حسب نتائج الفرضية المتوصل إليها سابقاً، فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كل

من التنظيم الانفعالي والمرونة النفسية والرفاه النفسي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت

تعزى لمتغير العمر.

توافقت نتائج دراستنا الحالية مع جزء من نتائج بعض الدراسات الأخرى كدراسة (Michael, &

Dreyfuss, 2017) التي هدفت إلى الكشف عن القدرة على التحكم في الانفعالات لدى مجموعة من مرضى

الشهر العصبي على فئة عمرية تراوحت بين (18 – 33) سنة، وتوصلت نتائجها إلى عدم وجود فروق ذات

دلالة إحصائية بين الجنسين في العمر، وأنه كلما تقدم في العمر يزداد التحكم في الانفعالات (قاسم،

2019: 17). ودراسة (خوري، 2019) التي هدفت إلى معرفة الفروق في مستويات الرفاه النفسي على عينة

مكونة من (112) مريض من المصابين بأمراض مزمنة تبعاً لمتغير الفئة العمرية، وتجاوبت نتائجها مع نتائج

دراستنا الحالية الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الرفاه وأبعاده تبعاً لمتغير العمر لدى كبار السن مقارنة بالأصغر سناً، متجاوبة مع نتائج دراسة (Yoichi, & Andrews, 2008) التي أشارت الى ان الرفاهية النفسية الإيجابية لها تأثير إيجابي في البقاء على قيد الحياة لدى كل من الأصحاء والمرضى، متعارضة مع نتائج دراسة (Ed diner, & Michaela, 2011) التي راجعت 07 أنواع من الدراسات حول الرفاهية الذاتية، وتوصلت نتائجها الى أن الشعور الإيجابي ينبأ بطول العمر والصحة ويتجاوز المشاعر السلبية، وأن الرفاه النفسي يؤثر على الصحة وطول العمر لدى الأصحاء، أما لدى من يعانون من أمراض معينة كالسرطان أو السكري أو غيرها من الأمراض فان ذلك لازال مثيراً للجدل.

وفي ذات السياق تعارضت نتائج دراستنا الحالية مع بعض نتائج الدراسات الأخرى منها دراسة (Myungho, M, 2002) التي هدفت الى التعرف على الفروق بين الجنسين في التنظيم الانفعالي وتأثير العمر على عينة مكونة من (27) أنثى و (24) ذكر، وتوصلت نتائجها الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين تعزى لمتغير العمر، وكذا دراسة (رشا، والغرب، 2021) التي هدفت الى التنبؤ بالمرونة النفسية لدى طلبة المرحلة الجامعية في ضوء بعض المتغيرات، وتوصلت نتائجها الى وجود فروق في مستويات المرونة النفسية حسب العمر وذلك لصالح من هم أكبر من 21 سنة.

يمكن تفسير هذا وفق مجموعة من العوامل الديموغرافية المتعلقة بانتشار الأمراض المزمنة لدى مختلف الفئات العمرية خاصة وأنه كلما تقدم الانسان في العمر كلما كانت هناك احتمالية الإصابة بمرض مزمن كالسكري أو ارتفاع الضغط الدموي أو غير ذلك، وهذا نتيجة عدة عوامل تعرض لها الفرد منذ طفولته كالانفعالات والضغط النفسية أو الصدمات وغيرها ولم تجد منفساً لتحررها أو تنظيمها خاصة في ظل غياب الاستراتيجيات التكيفية للتخفيف منها كالمرونة والتفاؤل والمشاعر الإيجابية التي لها دور مهم في الوقاية من المشاعر السلبية ومخاطر الأمراض مستقبلاً، وهذا ما أكدت عليه دراسة (Lucy victoria, 2014) حول تأثير الصدمات النفسية المتعددة على التنظيم الانفعالي وارتكاب العنف لدى

المراهقين والبالغين وأشارت نتائجها الى أن الافراد الذين لديهم تاريخ طويل من الصدمات النفسية في الطفولة لديهم صعوبات أكثر في تنظيم العواطف مستقبلا، كما أشارت دراسة (حنيشات، وصالحي، 2021) بالجزائر حول أهم العوامل الديموغرافية المفسرة لانتشار الأمراض المزمنة من فترة (2012 – 2013) والتي توصلت نتائجها الى أن انتشار الأمراض المزمنة يزداد كلما يزداد التقدم في العمر، إضافة الى ان مؤشر الثروة له أثر إيجابي على انتشار الأمراض المزمنة حيث انتشر بكثرة لدى فئة الأغنياء مقارنة بفئة الفقراء. وهذا عكس ما لمسناه في دراستنا الحالية أن أغلب فئة المرضى بالسكري هم من فئة الفقراء وكبار السن.

اذن: فالتنظيم الفعال للانفعالات في المراحل العمرية المبكرة يمكن أن يكون حلقة مهمة في حياة مرضى السكري مستقبلا، خاصة في ظل وجود بعض المشاعر الإيجابية كالهناء والتفاؤل والمرونة والرضا وغيرها التي تساهم في الحد أو التقليل من المشاعر السلبية والرفع من فرص الشفاء لديهم خاصة مع التقدم في العمر.

عرض نتائج الفرضية الخامسة، التي تنص:

لا توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الدرجة الكلية للمرونة النفسية والتنظيم الانفعالي بأبعاده (القمع التعبيري، إعادة التقييم المعرفي) لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت.

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط بيرسون "ر" ودلت النتائج على ما يلي:

جدول رقم (33): يبين نتائج معاملات الارتباط بيرسون "ر" بين متغيري المرونة النفسية والتنظيم الانفعالي بأبعاده

(القمع التعبيري، إعادة التقييم المعرفي)

المرونة النفسية			
العينة	مستوى الدلالة	معامل ارتباط بيرسون "ر"	البعد
ن=170	غير دال	0.072	القمع التعبيري
	دال عند 0.01	-0.202**	إعادة التقييم المعرفي
	غير دال	-0.105	الدرجة الكلية للتنظيم الانفعالي

** = دال عند مستوى الدلالة 0.01

يتضح من خلال الجدول (33) أنه: لا توجد علاقة ارتباطية دالة احصائية بين متغيري التنظيم الانفعالي والمرونة النفسية لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت، حيث قدر معامل الارتباط بيرسون بـ: -0.105، وهي قيمة غير دالة احصائية، وبالتالي نقبل الفرض الصفري H0 الذي يوحي بعدم وجود العلاقة ونرفض الفرض البديل H1 الذي يوحي بوجود علاقة، وبالتالي تحققت الفرضية القائلة: لا توجد علاقة ارتباطية دالة احصائية بين متغيري المرونة النفسية والتنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت.

كما يتضح من خلال الجدول (33) أن هناك علاقة دالة احصائية بين بعد إعادة التقييم المعرفي الذي قدر بـ: -0.202** - والمرونة النفسية عند مستوى دلالة 0.01، وهذا ان دل على شيء فإنما يدل على أنه كلما كان هناك إعادة تقييم معرفي جيد للأفكار خاصة السلبية والانفعالات المتعلقة بمرض السكري كلما كانت هناك مرونة نفسية في التعامل مع السكري بطريقة متكيفة، وبالتالي الحفاظ على الصحة والوقاية من المضاعفات المتعلقة ببدء السكري على طول مدة الإصابة بالمرض.

مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

لقد أظهرت النتائج باستخدام معامل بيرسون عن عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المرونة النفسية والدرجة الكلية للتنظيم الانفعالي بأبعاده (القمع التعبيري وإعادة التقييم المعرفي) لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت.

لقد بينت نتائج العديد من الدراسات السابقة مدى أهمية المرونة النفسية باعتبارها تكويننا نفسيا يمكن الانسان من إدارة ضغوط الحياة وشدائدها بكل جدارة واستحقاق، فهي للأصحاء نعمة وللمرضى ركيزة تساعدهم على التكيف مع المواقف وتنظيم الانفعالات بصورة إيجابية، وهذا ما كشفت عنه نتائج دراسة تود كاشدان وآخرون (Kashdan, et al, 2020) التي هدفت الى معرفة الدور الذي تلعبه المرونة النفسية في عملية ضبط وتنظيم الانفعالات، وتوصلت نتائجها الى أن ذوي المستوى المرتفع من المرونة النفسية يتميزون بالقدرة على ضبط وتنظيم حالتهم النفسية الداخلية المزعجة وادارتها بصورة إيجابية. كما تجاوزت نتائج دراستنا مع نتائج دراسة أونغ، برجمان وآخرون (Ong, Bergman, et al, 2006) التي هدفت الى الكشف عن الدور الذي تلعبه الانفعالات الإيجابية في المرونة النفسية، وتوصلت نتائجها الى أن ذوي المرونة النفسية يتعايشون مع انفعالات إيجابية مثل الهدوء والسكينة (أبو حلاوة، 2021).

في حين تعارضت نتائج دراستنا مع جزء من نتائج دراسة (العاسمي، 2018) التي هدفت الى معرفة العلاقة الارتباطية بين التنظيم الانفعالي والمرونة النفسية، وتوصلت نتائجها الى وجود علاقة دالة احصائيا بين التنظيم الانفعالي والدرجة الكلية للمرونة النفسية. وكذا دراسة (البراشدية، 2022) التي هدفت الى استكشاف العلاقة بين المرونة النفسية والتنظيم الانفعالي وعلاقتها بالوالدية الإيجابية خلال فترة جائحة كورونا، وتوصلت نتائجها الى وجود علاقة موجبة دالة احصائيا بين المرونة النفسية وأبعاده والتنظيم الانفعالي وأبعاده لدى الوالدين العمانيين خلال فترة جائحة كورونا.

ان الافتقاد الى المرونة أو انخفاض المرونة النفسية يمكن وراء العديد من العوامل منها خصوصية العينة التي تم اجراء الدراسة عليها فالمرضى المصابين بداء السكري يتميزون بمجموعة من الانفعالات والقلق ويعبرون عنها من خلال ضغوط الحياة الاجتماعية والمادية التي يعيشونها، أكثر مما يعبرون أو يستشيرون عن مخاطر أو مضاعفات أو نصائح تتعلق بداء السكري، كما أنهم يتميزون بقصور في تنظيم انفعالهم نتيجة عدم امتلاكهم لبعض الاستراتيجيات التكيفية التي تساعدهم في عملية ضبط وتنظيم تلك الانفعالات الأمر الذي يعكس عدم المرونة النفسية لديهم، ويؤدي بهم الى تفاقم مخاطر ومضاعفات المرض بشكل غير مباشر. وهذا ما أشارت اليه دراسة (Joyce, et al,2008) التي هدفت الى معرفة دور المرونة النفسية في التكيف النفسي والصحة البدنية لدى عينة مكونة من 111 مريض بالسكري، وتوصلت نتائجها الى أن ذوي المرونة النفسية المنخفضة يظهرون مستويات مرتفعة من الكرب وكذا ارتفاع تفاقم التمثيل الغذائي Hba1c لديهم.

ومع كل هذا ينبغي على المصاب بداء السكري أن يعمل على تنمية شعوره بالتحكم والسيطرة على انفعالاته بصورة إيجابية وبمرونة عالية لأن عملية تنظيم وضبط الانفعالات تحتاج على مستوى مقبول من المرونة النفسية تساعده على عملية التكيف مع مرضه، وكذا تنمية بعض الاستراتيجيات التكيفية التي تساعده على الحد من الانفعالات السلبية ومواجهة المواقف بصورة إيجابية، خاصة وأن داء السكري أحد الأمراض المزمنة يتطلب قدرا كافيا من الراحة النفسية والابتعاد عن كل ما هو مزعج ومقلق حتى يستطيع المريض الاستمرار في المتابعة والمراقبة والفحص بشكل منتظم ودوري.

عرض نتائج الفرضية السادسة، التي تنص:

لا توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الدرجة الكلية للرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي بأبعاده (القمع التعبيري، إعادة التقييم المعرفي) لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت.

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط بيرسون "ر" ودلت النتائج على ما يلي:

جدول رقم (34): يبين نتائج معاملات الارتباط بيرسون "ر" بين متغيري الرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي بأبعاده

(القمع التعبيري، إعادة التقييم المعرفي)

الرفاه النفسي			
العينة	مستوى الدلالة	معامل ارتباط بيرسون "ر"	البعد
ن = 170	دال عند 0.01	0.200**	القمع التعبيري
	دال عند 0.01	0.271**	إعادة التقييم المعرفي
	دال عند 0.01	0.284**	الدرجة الكلية للتنظيم الانفعالي

** = دال عند مستوى الدلالة 0.01

يتضح من خلال الجدول (34) أنه: توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الدرجة الكلية للتنظيم الانفعالي بأبعاده (القمع التعبيري وإعادة التقييم المعرفي) والرفاه النفسي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت، حيث قدر معامل الارتباط بيرسون بـ: 0.284^{**} وهي قيمة دالة احصائيا، وبالتالي نقبل الفرض البديل H1 الذي يوحي بوجود العلاقة ونرفض الفرض الصفري H0 الذي يوحي بعدم وجود علاقة، وبالتالي لم تتحقق الفرضية القائلة: لا توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين متغيري الرفاه النفسي والتنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت.

مناقشة نتائج الفرضية السادسة:

لقد أظهرت النتائج باستخدام معامل بيرسون عن وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الرفاه النفسي والدرجة الكلية للتنظيم الانفعالي بأبعاده (القمع التعبيري وإعادة التقييم المعرفي) لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت.

تتفق نتائج دراستنا الحالية مع نتائج بعض الدراسات السابقة كدراسة (Farra, et al, 2020) التي هدفت الى تحديد العلاقة بين التنظيم الانفعالي والرفاه النفسي لدى مرضى السكري على عينة مكونة من 53 مريضا، وتوصلت نتائجها الى وجود ارتباط إيجابي بين التنظيم الانفعالي والرفاه النفسي لدى مرضى السكري، وأنه كلما كان مستوى الرفاه اعلى كلما ارتفعت درجة التنظيم الانفعالي. كما تجاوبت نتائج دراستنا مع جزء من نتائج دراسة (Evangelos, et al, 2018) التي هدفت الى معرفة ما إذا كان للانفعالات السلبية المرتبطة بالمرض كوسيلة بين إعادة التقييم المعرفي والقمع التعبيري للرفاه على عينة مكونة من 99 مريضا من كلا الجنسين مصابين بالتهاب المفاصل الروماتويدي باستخدام مقياس التنظيم الانفعالي (Gross, & John, 2003)، وتوصلت نتائجها الى أن سوى إعادة التقييم المعرفي كانت مرتبطة بالرفاه النفسي والجسدي من خلال الانفعالات، أما القمع التعبيري يرتبط بالرفاه فقط للمرضى الذين لديهم نقص في استخدام إعادة التقييم المعرفي، متجاوبة مع دراسة (Hu, & al, 2014) التي هدفت الى معرفة العلاقة بين التنظيم الانفعالي والصحة النفسية، وتوصلت نتائجها الى وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين إعادة التقييم المعرفي ومؤشرات الصحة النفسية الإيجابية، ووجود علاقة ارتباطية سالبة احصائيا بين الكبت ومؤشرات الصحة النفسية الإيجابية. وهذا ان دل على شيء فإنما يدل على أن التنظيم الانفعالي مؤشر مهم في تحقيق الصحة النفسية الإيجابية للفرد بل وحتى الصحة الجسدية لأن الفشل أو القصور في ضبط الانفعالات يؤدي الى ظهور مشكلات واضطرابات نفسية وجسدية حسب ما أشارت اليه دراسة (بن قويدر، وكركوش، 2018). كما أظهرت نتائج دراسة (Joulia, et al , 2015) حول الرابطة المحتملة بين

الرفاه النفسي الإيجابي ومرض السكري، أن الرفاهية قد تكون مساهمة في التقليل من مخاطر الإصابة بالسكري، كما أن الأفكار والمشاعر الإيجابية للأفراد الذين يعملون بشكل جيد قد تقلل أيضا من مخاطر الإصابة بمرض السكري، وفي ذات السياق أفادت دراسة (Yoichi, & Andrews, 2008) أن الاهتمام بتعزيز الحالات الإيجابية وكذا القضاء على المؤثرات السلبية قد يحسن بشكل كبير من تكيف المريض مع المرض الجسدي.

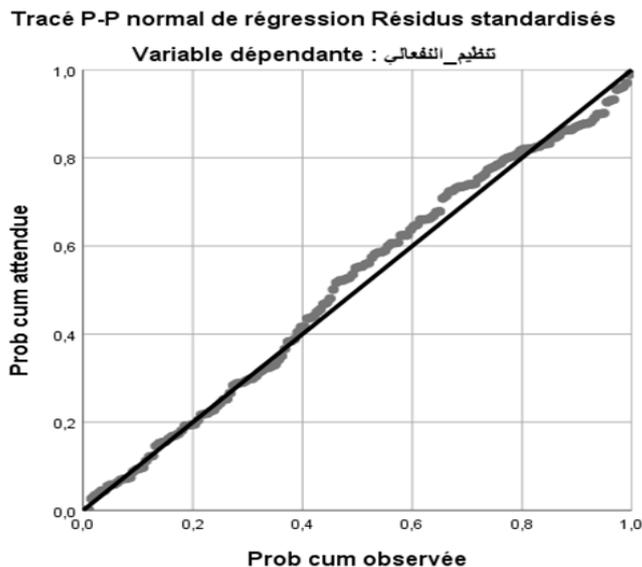
من خلال ما سبق ذكره يعتبر الرفاه النفسي ذو أهمية كبيرة في حياة مريض السكري فهو يؤثر في صحته الجسمية بنفس تأثيره في الصحة النفسية خاصة مع التقدم في العمر، فهو أحد مؤشرات الصحة النفسية الإيجابية والجسدية لما له دور في عملية تنظيم الانفعالات بشكل جيد، لأن شعور المريض بالسعادة والهناء يساعد في خلق استراتيجيات تكيفية اتجاه المواقف والأحداث الضاغطة التي تعترضه، والفضل في ذلك قد يؤدي به الى شعور سيء بحسن الحال النفسي.

عرض نتائج الفرضية العامة التي تنص:

تختلف مساهمة كل من المرونة النفسية والرفاه النفسي بأبعاده (الحكم الذاتي، التمكّن البيئي، نمو الشخصية، العلاقات الإيجابية مع الآخرين، الهدف من الحياة، تقبل الذات) في التنبؤ بمستوى التنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت، وقبل إجراء تحليل الانحدار المتعدد تم التأكد من توافر شروط استخدام الانحدار كالاتي:

- فحص اعتدالية التوزيع الاحتمالي للبواقي (Normality test(OLS)، وفحص قيمة (Durbin Watson)، وهو خاص بفحص الارتباط الذاتي للبواقي (Residuals)، والذي قيمته تتراوح ما بين (0-4)، فإذا تراوحت ما بين (2-4) كان الارتباط سالب، أما إذا تراوحت ما بين (0-2) كان الارتباط موجب.

وفيما يلي شكل اعتدالية التوزيع:



شكل رقم (06): يوضح التوزيع الإعتدالي للبواقي المعيارية لمتغير التنظيم الانفعالي

ولاختبار هذه الفرضية استخدمنا تحليل الانحدار المتعدد (Regrisson multiple)، حيث دلت النتائج على ما يلي:

جدول رقم (35): يبين نتائج نموذج تحليل الانحدار المتعدد

النموذج	معامل الارتباط	معامل التحديد	معامل التحديد المصحح	خطأ التقدير	Durbin Watson
	R	R ²	R ²		
1	0.396	0.157	0.120	8.780	1.955

يبين الجدول قيمة الارتباط الكلي بين المتغيرات المستقلة والمتغير التابع التنظيم الانفعالي، حيث نجد بأن معامل الارتباط قدر بـ (0.396) وبعد تربيعه وتصحيحه أصبح يساوي (0.120)، أي أن ما نسبته 12٪ من التباين الموجود في التنظيم الانفعالي تفسره واحد أو أكثر من المتغيرات المستقلة، وهي نسبة معتبرة، ويشير خطأ التقدير إلى أخطاء قليلة نسبياً في النموذج، وقدرت قيمة (Durbin Watson) بـ (1.955) مما يعني أن هناك ارتباط موجب للبواقي المعيارية.

وللتحقق من دلالة النموذج تم إجراء تحليل تباين الانحدار ANOVA كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (36): يبين تحليل تباين الانحدار الخاص بالمتغيرات المستقلة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
الانحدار	2317.909	7	331.130	4.295*	دال عند 0.01
البواقي	12488.214	162	77.088		
الكلية	14806.124	169			

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (ف) المحسوبة دالة عند مستوى (0.01)، وهذا يدل على أن معادلة الانحدار نوعاً ما مقبولة، ولمعرفة المساهمة الفردية لكل متغير مستقل في المتغير التابع (التنظيم الانفعالي) تم استخراج معاملات (Beta) المعيارية كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (37): يبين معاملات بيتا لمساهمة المتغيرات المستقلة في التنبؤ بالتنظيم الانفعالي

المتغيرات المستقلة	معامل B	الخطأ المعياري	قيمة معامل B المعياري	قيمة اختبار (ت)	مستوى الدلالة
الثابت	20.424	5.709		<u>3.578</u>	<u>دال عند 0.05</u>
المرونة النفسية	.0020	0.060	0.027	0.337	غير دال
الرفاه النفسي	0.207	0.055	<u>0.280</u>	<u>3.788</u>	<u>دال عند 0.05</u>
الحكم الذاتي	0.098	0,147	0.052	0.665	غير دال

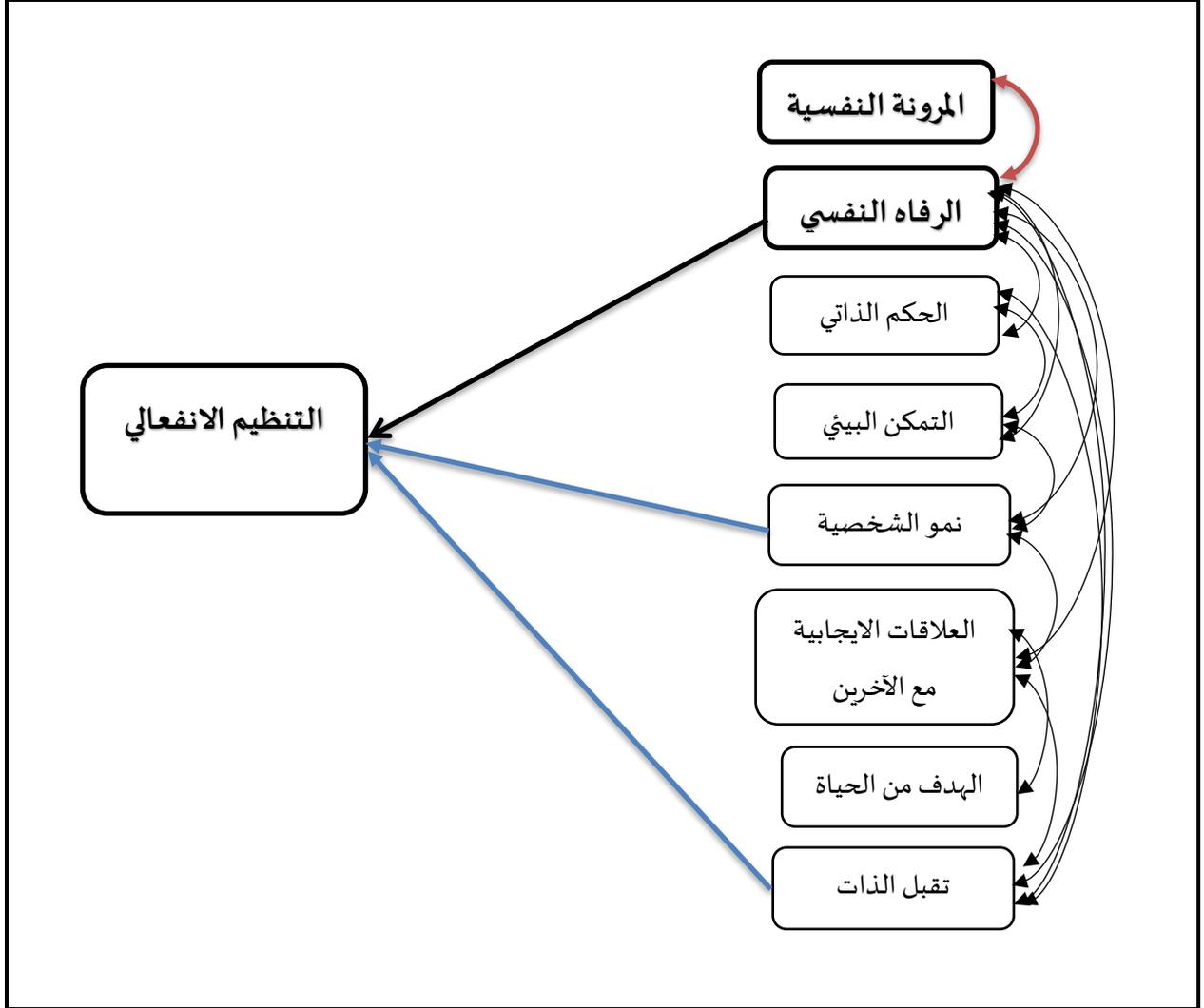
غير دال	-0.227	-0.018	0,382	-0.087	التمكن البيئي
<u>دال عند 0.05</u>	<u>3.187</u>	<u>0,253</u>	0,232	0,740	نمو الشخصية
غير دال	- 0.970	-0,083	0,156	-0,151	العلاقات الإيجابية مع الآخرين
غير دال	1,763	0,151	0,203	0,358	الهدف من الحياة
<u>دال عند 0.05</u>	<u>2,200</u>	<u>0,184</u>	.0211	.0565	تقبل الذات

نستنتج من الجدول السابق مساهمة متغير الرفاه النفسي ببعديه (نمو الشخصية، وتقبل الذات) في التنبؤ بالتنظيم الانفعالي، حيث بلغت قيمة بيتا المعيارية للرفاه النفسي (0.280) عند مستوى دلالة 0.05 وهي قيمة مقبولة، كما بلغت قيمة بيتا المعيارية لبعده نمو الشخصية (0.253)، وقيمة بيتا المعيارية لبعده تقبل الذات (0.184) عند مستوى دلالة 0.05، وعدم مساهمة أبعاد الرفاه النفسي الأخرى: (الحكم الذاتي، التمكن البيئي، العلاقات الإيجابية مع الآخرين، الهدف من الحياة)، مع عدم مساهمة متغير المرونة النفسية في التنبؤ بالتنظيم الانفعالي، لانعدام الدلالة الإحصائية. وعليه تحققت الفرضية العامة القائلة: تختلف مساهمة كل من المرونة النفسية والرفاه النفسي بأبعاده (الحكم الذاتي، التمكن البيئي، نمو الشخصية، العلاقات الإيجابية مع الآخرين، الهدف من الحياة، تقبل الذات) في التنبؤ بمستوى التنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت.

وعليه يمكن صياغة معادلة الانحدار كالاتي:

$$\text{التنظيم الانفعالي} = \text{الثابت (20.224)} + (0.280 \times \text{الرفاه النفسي}) + (0.253 \times \text{نمو الشخصية}) + (0.184 \times \text{تقبل الذات}).$$

ومن خلال ما سبق يمكن تقديم نموذج سببي للعلاقة بين المتغيرات المستقلة والتابعة:



الشكل رقم (07): يوضح النموذج السببي للعلاقة بين المتغيرات المستقلة والتابعة

مناقشة نتائج الفرضية العامة، والتي تنص:

تختلف مساهمة كل من المرونة النفسية والرفاه النفسي بأبعاده (الحكم الذاتي، التمكن البيئي، نمو الشخصية، العلاقات الإيجابية مع الآخرين، الهدف من الحياة، تقبل الذات) في التنبؤ بمستوى التنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت.

فقد دلت نتائج تحليل الانحدار المتعدد الى مساهمة الرفاه النفسية ببعديه (نمو الشخصية، تقبل الذات) في التنبؤ بمستوى التنظيم الانفعالي بقيمة بيتا المعيارية قدرها (0.280) وهي قيمة مقبولة. وقد يعزى تفسير ذلك حسب ما أشارت اليه (Joulia et al, 2015) أن الرفاه النفسي الإيجابي له دور مهم في التقليل من مخاطر الإصابة بداء السكري، وأن المشاعر الإيجابية لدى المريض تقلل ولو بشكل قليل من مخاطر ومضاعفات الإصابة بالسكري، ومن هنا يمكن اعتبار الرفاه النفسي أحد مؤشرات الصحة النفسية والجسمية لما له من دور في تحسين حالة المريض خاصة مع التقدم في العمر. ان شعور المريض بالهناء والسعادة والرضا يجعله يملك القدرة الكافية في خلف بعض الاستراتيجيات التكيفية اتجاه بعض المواقف أو المشاكل التي تعترضه في حياته اليومية، والتي قد تؤثر على نسب مستويات السكر لديه، فالرفاه النفسية و الاتزان الانفعالي وجهان لعملة واحدة، أي أنه كلما كانت مستويات الرفاهية والسعادة والهناء عالية لدى المريض كلما كان تنظيمه واتزانه للانفعالات جيد والعكس صحيح (Evangelos et al, 2018)، وقد أشار جيمس جروس "James, Gross" في نظريته أن عملية تنظيم الانفعالات مرهونة بالجانب الإيجابي للفرد من خلال خلق استجابات انفعالية إيجابية تعكس صحته النفسية والجسمية، فقدره الفرد على تنظيم انفعالاته تتحدد من خلال عدة مكونات حسب ما جاء في (Gross, 2007) منها) الذاتية، الاجتماعية، البيولوجية، المعرفية... الخ)، ومن هنا يعتبر تنظيم الانفعال أحد ضروريات الصحة البدنية والنفسية والعقلية للفرد، لان الفشل في تحكم الانفعالات أو تنظيمها حسب ما أشارت اليه (بن قويدر، وكركوش، 2018) في دراستها ينعكس على صحته مع مرور الوقت بسبب الكبت والقمع لتلك الانفعالات التي لم تجد منفسا للتصريف فتصبح "مزمنة" وتؤدي الى ظهور أمراض سيكوسوماتية.

كما يفسر اسهام الرفاه النفسي في التنبؤ بمستوى التنظيم الانفعالي في ضوء عوامل وأشكال أخرى نذكر

منها:

* سمات الشخصية: حيث أن خصائص الفرد من ثقة وتفاؤل ومسؤولية وغيرها تحدد سلوكه وكيفية تفاعله مع الآخرين، وتساعد في بناء علاقات قوية معهم وتحقيق النجاح، وتجعل منه شخصية قوية ومتميزة عن الآخرين.

* الظروف المعيشية: ان توفر الاحتياجات والامكانيات المادية والاجتماعية للفرد (الأكل، الشرب، اللباس، التعليم، العلاج، النقل...الخ) لها أثر كبير في تحسين حالته وهناءه وسعادته، خاصة في ظل الأمراض المزمنة التي تتطلب قدرا كافيا من تلك الاحتياجات لكي يستطيع المريض تلبية حاجياته اتجاه مرضه (تكاليف العلاج، التحاليل، الأشعة، الأدوية، الفحوصات المتخصصة...الخ).

* العمر: الأمراض المزمنة بصفة عامة بما فيها داء السكري من أكثر المشاكل في جميع الأعمار خاصة المتقدمة منها لضعف البنية الجسمية، فالمرض في العمر المتقدم غير قابل للشفاء التام، بمعنى أنه لا يمكن إعادة الحالة الصحية للمريض كما كانت عليه في طفولته وشبابه (خوري، 2018: 64)، لهذا أول ما ينصح به الأطباء مرضاهم المزمنين منذ الإعلان عن المرض تحسين صحتهم الجسدية من خلال (نظام غذاء، الرياضة، النوم...)، فالحالة الصحية للمريض مرتبطة بشكل كبير مع رضاه عن الحياة و السعادة والتفاؤل، وهذا ما توصلت اليه دراسة (Yoichi et al, 2008) أن الرفاه النفسي ينبؤ بطول العمر لدى مريض السكري.

كما دلت نتائج تحليل الانحدار مساهمة بعدي الرفاه النفسي (نمو الشخصية، تقبل الذات) في التنبؤ بمستوى التنظيم الانفعالي، ويفسر ذلك كالآتي:

* نمو الشخصية: ان المراحل التي يمر بها المريض في حياته اليومية تجعله يمتلك خبرة مع مرضه يحقق من خلالها مكاسب جديدة في حياته المستقبلية، وتؤدي الى الارتقاء الإيجابي والنمو والتنمية في حياته وهذا أحد مؤشرات الرفاه والصحة الإيجابية للمريض، وكأن مرضه أصبح بالنسبة لديه نعمة وليس نقمة، وهذا ما التمسه الطالب لدى بعض الحالات من خلال دراسته الميدانية.

* تقبل الذات: ان تقبل الفرد لذاته يعني أنه يتقبلها بايجابياتها وسلبياتها، بصحتها وسقمها، ولا يرفضها أو يكرهها، لأن رفض الذات أو عدم تقبلها يترتب عليه عجز في تقبل الآخرين، وذا ما لاحظناه في الأمراض المزمنة فعدم تقبل المريض لمرضه ينتج عنه عدة مضاعفات ومشاكل يصعب حلها وعلاجها حتى وان كان يتناول الدواء، وهذا ما أشار اليه روجرز "Ruggers" أن قيمة حياة الانسان تكمن في هذه الخاصية التي يمارسها من داخله وينتج عنها أحكام وتقييمات حول نفسه وحول الآخرين، لذا فان تقبل الذات يزيد من تحسينها وتطويرها أما رفضها فيقلل من شأنها ومكانتها.

وبالتالي فان المرض المزمن قد لا يؤثر في حد ذاته على صحة المريض النفسية والجسمية، بقدر ما يؤثر الوضع الصحي من (ارتفاع استهلاك الدواء، الحاجة الى التحاليل والفحوصات المتخصصة، المسكنات وغيرها) التي قد تزيد من تفاقم المشكلة والظهور المبكر لبعض المضاعفات (كالقدم السكري، أمراض القلب، الكلى، أمراض العين وغيرها من المضاعفات).

كما دلت النتائج أيضا على عدم مساهمة المرونة النفسية في التنبؤ بمستوى التنظيم الانفعالي لانعدام الدلالة الإحصائية:

فقد يعزى تفسير ذلك الى أن جميع الفئات المرضية باختلاف خصائصها الشخصية والعمرية والثقافية لا تساهم في التكيف مع المواقف والمشكلات الاجتماعية المتقلبة، فهناك من المرضى باختلاف الجنس من لديه القدرة على الشفاء والتعافي وإعادة الرجوع الى حالته السوية بعد التعرض الى موقف أو حدث ضاغط، والبعض الآخر يقع في مأزق لا يستطيع الخروج منه، مما يؤدي به الى سوء التكيف النفسي مع تلك المواقف، وقد يترتب عنها نتائج تنعكس على صحته النفسية والجسدية.

ان عدم مساهمة المرونة النفسية في التنبؤ بمستوى التنظيم الانفعالي يرجع الى عدة عوامل نذكر منها:

- * صعوبة في إدارة الانفعالات والمشاعر السلبية بصورة إيجابية وعقلانية
- * صعوبة في القدرة على التكيف مع ظروف ومواقف الحياة بصورة إيجابية
- * صعوبة في القدرة على المعالجة المعرفية للأفكار العقلانية المنفذة للسلوك

* غياب أو صعوبة في كيفية توظيف بعض الاستراتيجيات الإيجابية لمواجهة المواقف الضاغطة وفي الأخير يمكن القول أن هذه النتائج التي توصل اليها الطالب تبقى مرهونة ببعض العوامل منها (خصوصية العينة الثقافية، الاجتماعية، البيئية، التعليمية...الخ) وعليه لا يمكن تعميم النتائج على جميع المرضى، فقد يدرس باحث آخر نفس المتغيرات على نفس العينة في بيئة أخرى وحتى في نفس البيئة ويصل الى نتائج مغايرة لنتائجنا، وهذه أحد مزايا البحث العلمي والاختلاف بين الباحثين والعلماء رحمة ولا ينقص من شأن أو قيمة الباحث.

II عرض ومناقشة نتائج فرضية الدراسة العيادية:

ينص الفرض السابع (العيادي) على أنه: هناك عوامل نفسية كامنة وراء قصور كل من التنظيم

الانفعالي والمرونة النفسية والرفاه النفسي لدى مرضى السكري بولاية تيسمسيلت.

وللتحقق من هذا الفرض قام الطالب بإجراء دراسة لحالتين احدهما ذكر والآخر أنثى، درجاتهما منخفضة على مقياس التنظيم الانفعالي ومتوسطة على مقياس المرونة النفسية والرفاه النفسي، تم اختيارهم بطريقة قصدية من بين العينة الوصفية التي أجريت معهم تطبيق المقاييس على شكل مقابلة في الدراسة الأساسية.

يرى مخيمر أن هناك ضرورة للدراسة الكلينيكية بعد اجراء الدراسة السيكو مترية فهي ضرورة يقتضيها صميم العملية العلمية، فلا بد من الدراسة الكلينيكية للحالات الفردية إذا كان علينا تبين وتفحص أكثر لبعض الأسباب التي كشفت عنها الدراسة السيكو مترية(مظلوم،2018:25).

ان دراسة الحالات الفردية قد تكشف للباحث بعض العوامل الكامنة عن متغيرات موضوع بحثه أكثر مما قد تكشفه الدراسة السيكو مترية التي تكون مبنية على شكل أسئلة يجب عنها المبحوث بطريقة مقيدة، على غرار الدراسة العيادية التي تكون في جو هادئ ومرح ومفتوح بين الباحث والمبحوث مما تسمح للباحث بكسب ثقة المفحوص من خلال اجراء بعض المقابلات الأولية التي تهدف الى خفض مقاومة

المبحوث، وفي مقابل هذا تسمح أيضا للمبحوث بالتعبير عن مشاعره وعواطفه ومكنوناته المتعلقة بمرضه أو محيطه الاجتماعي، العائلي... الخ.

وعليه فمن خلال اجراء هذه الدراسة الإكلينيكية لبعض الحالات الفردية لكل حالة على حدى، سوف نبين بعض العوامل الكامنة وراء قصور كل من التنظيم الانفعالي والمرونة النفسية والرفاه النفسي التي كشفت عنها الدراسة السيكو مترية لدى حالتين من مرضى السكري احدهما ذكر والآخر أنثى من ولاية تيسمسيلت بمصلحة الأمراض المزمنة، وفيما يلي عرض للحالة الأولى " أنثى " تليها الحالة الثانية " ذكر".

1. الحالات الاكلينيكية:

1- الحالة الأولى: (ب)

1.1- بيانات أولية عن الحالة:

النوع: أنثى

السن: 27

الحالة العائلية: عزباء

عدد الاخوة: 03

المستوي التعليمي: جامعي

تاريخ بداية المرض: 2015

نوع المرض: داء السكري النوع الأول

➤ درجة الحالة على مقياس تنظيم الانفعال (28) درجة.

➤ درجة الحالة على مقياس المرونة النفسية (40) درجة.

➤ درجة الحالة على مقياس الرفاه النفسي (80) درجة.

2/1 سيميائية الحالة:

➤ ملامح الوجه: يبدو من خلال المقابلات أن الحالة ذات ملامح قلقلة ومتوترة خاصة عند التطرق للحديث عن معاشها النفسي والعائلي (احمرار في الوجه، تشابك اليدين، التنفس، التأتأة اثناء الحديث عن بعض المواقف التي حدثت لها مع بكاء) خاصة عند الحديث عن الأب.

➤ التواصل: في البداية وجدنا صعوبة في عملية التواصل مع الحالة، لكن بعدما التقينا بها وأجرينا معها مقابلات أولية بهدف التعريف بالبحث، أظهرت تفهم ووافقت على مشاركتنا معنا في هذا البحث العلمي.

➤ لم نجد صعوبة في عملية التواصل مع الحالة كونها في حاجة الى تكفل نفسي، حيث أظهرت تفهم وتعاون كبيرين لمشاركتها في هذا البحث العلمي.

➤ اللغة: تتكلم الحالة بلغة واضحة ومفهومة.

➤ محتوى التفكير: يدور تفكير الحالة في أغلب المقابلات التي أجريت معها حول وضعها الصحي ومعاشها النفسي والعائلي.

3/1 العلاقات الاجتماعية:

➤ مع الأهل: تقول الحالة ان علاقتها متوترة وغير مستقرة داخل العائلة، خاصة مع الأب الذي يعتبر بالنسبة لها مصدر صراع.

➤ مع المحيط الاجتماعي: حسب تصريحات الحالة أنها تمتاز بعلاقتها بالاستقرار مع المحيطين بها، وليس لديها صديقات أكثر حسب ما جاء في تصريحها " ما عندي ما ندير بيهم ".

1 / استجابة الحالة على مضمون استمارة شبكة المقابلة:

الوالدان على قيد الحياة، الأب عمره ثلاثة وخمسون (53) سنة على المعاش، مريض بضغط الدم، دخله الشهري متوسط، والام عمرها ثمانية وأربعون (48) سنة على المعاش، مريضة بضغط الدم والقلب، خضعت لإجراء عدة عمليات منها " عملية على القلب، والعينين، مأكثة في البيت، وهي أم متساهلة ورزينة حسب تصريح الحالة، وللحالة أخت كبرى عمرها واحد وثلاثون (31) سنة، مأكثة في البيت، ولديها

اكتئاب حسب تصريح أطباء لديهم، أما الأخ عمره ستة وعشرون (26) سنة، طالب مستوى ثالثة ثانوي، يعاني من أفكار وسواسية مع توتر وقلق حسب تصريح أطباء لديهم كذلك، أما فيما يخص التاريخ للمرضي للأقارب (الخال، ابن الخال، الخالة، الجد) لديهم مرض السكري.

الحالة في علاقتها مع العائلة فهي قريبة جدا من أمها، أما أبوها تفضل أنه لا يصنف ضمن العائلة مع أنه يوفر لها أي شيء تطلبه، وفيما يخص مرض أمها تقول "أمي أصيبت بمرض عينيها بسببي" لكن أنا على دراية كبيرة أن هذا غير صحيح، ترى الحالة أن تكوينها البدني (مقبول)، فهي شخصية تفضل العزلة والانطواء، وتشعر كثيرا ببعض المتاعب النفسية (قلق، انفعال) وكذا الجسدية (آلام على مستوى المعدة، مفاصل، الرأس) نتيجة صعوبة التكيف مع المرض والصراع داخل العائلة.

الحالة ترى أن مستقبلها مجهول خاصة في ظل اصابتها بمرض السكري مصرحة" من الممكن أن أموت في سن مبكرة بسبب مضاعفات السكري التي قد تحدث لي مستقبلا" هذا ما أدى بها الى عدم تمني أي طموحات في المستقبل في قولها "لم تعد لدي طموحات".

أما عن التاريخ الطبي والنفسي للحالة فقد أخبرتنا بأنها أصيبت بداء السكري قبل ثمن (08) سنوات، وعن كيفية اصابتها ذكرت سببين: اما بسبب الضغط النفسي والقلق والعزلة التي كانت تعيشها داخل الإقامة الجامعية آنذاك، أو بسبب وراثي، لكنها تسر كثيرا على الإقامة الجامعية مصرحة" راني متأكدة 80% في الإقامة لأنني كنت أعيش قلق وضغط شديدين وميزريه شديدة داخل الإقامة الجامعية هذا ما أثر على نفسي وجسدي". وعن ردة فعلها للإصابة بالسكري فهي لم تتقبل نفسيا الى يومنا هذا اصابتها بالسكري قائلة" لم كنت أتوقع أنني أصيب بمرض كهذا لكن شاءت الأقدار"، الأمر الذي جعلها لم تقوم بمتابعة علاجية منتظمة في قولها" راني نعالج بالأنسولين بصح خطرات ندير غير كي نحس السكر طالع".

أما فيما يخص التاريخ النفسي للحالة فإنها مرت بنوبات من القلق والاكتئاب والوسواس أثناء اصابتها بداء السكري ولم تخضع لأي تكفل نفسي آنذاك لأنها لم تكن مقتنعة بعلم النفس أبدا، لأنها كانت تتصور أنه علم معالجة المجانين والمهابل والمدمنين عن طريق الأدوية العقلية. وعن حالتها السيكوسوماتية فإنها

كانت تعاني من اضطرابات في النوم مع كوابيس، ارهاق جسدي ونفسي مصحوب بآلام على مستوى المعدة والبطن، وعن حالتها الجنسية صرحت " ليست لدي حياة جنسية " نتيجة الظروف القاسية التي مرت بها منذ طفولتها إضافة الى المشاكل العائلية والمرضية.

أما فيما يخص الجانب الانفعالي والشعوري للحالة فيما يتعلق بداء السكري فإنها تعاني من صعوبة في التعبير عن انفعالاتها ومشاعرها، ولا تستطيع التحكم فيها عندما تواجه موقف معين مما يجعلها لا تحافظ على نسبة السكر الطبيعية لديها، وعندما تشعر بانفعالات سلبية كالقلق والتوتر فإنها تجد صعوبة أيضا في كيفية تغيير ذلك الشعور اتجاه الموقف الذي تكون فيه، أما عن شعورها بسلوك انفعالي إيجابي كالفرح والبهجة الذي قد يعتبر كوقاية من المضاعفات الجانبية للسكري على صحتها مستقبلا فقد صرحت أنه من الممكن أن يساهم في ذلك لكن اذا كان المريض في جو عائلي مريح ومساند ويعرف مشاعرها وعواطفه أصلا، وفيما يخص تفكيرها حول مرض السكري فهي تتجنب التفكير فيه أو الحديث عنه حتى لا تشعر بانفعالات سلبية تغير حالتها النفسية حول الموقف الذي تكون فيه، فقد وصل بها الأمر أنها عندما تقيس نسبة السكر وترى أنه مرتفع فلا تعطيه أي أهمية ولا تشعر بأي سلوك اتجاهه، وعن تهدئة نفسها عند التعرض لموقف انفعالي ضاغط ذكرت سببين: اذا كان أمر شخصي فاني أستطيع تهدئة نفسي، أما اذا كان من العائلة فلا أستطيع ذلك.

وعن طبيعة مرونتها النفسية مع المواقف الضاغطة والانفعالات التي تتعرض لها فإنها تجد صعوبة في كيفية التعامل مع المواقف والاحداث بمرونة، كما انها لا تستطيع تكييف مشاعرها مع المواقف التي تواجهها هذا من جهة، ومن جهة أخرى فهي تحاول دائما تغيير أي شيء حول داء السكري خاصة من الناحية النفسية حتى تصل الى مرحلة من المرونة والتكيف معه ومع المواقف الضاغطة التي تتعرض لها خاصة فيما يتعلق الأمر بـ" النظام الغذائي، تناول الدواء، الرياضة، الزيارات الطبية المنتظمة ودورية...الخ"، لأن حقن الانسولين بالنسبة اليها أصبحت تمثل لها تشوه على مستوى جسدها تقول " كرهت وتعبت من وخزات الأنسولين اليومية".

وفيما يخص مقابلة الحالة حول الرفاهية النفسية فإنها تجد صعوبة في تحقيق ذاتها مع عدم الشعور بالثقة والسعادة خاصة في ظل اصابتها بداء السكري، كما ان قراراتها دائما تتأثر بأراء الآخرين، فهي تهتم أكثر بالشؤون المالية والشخصية والخبرات الجديدة التي تجعلها تتخطى بعض الخبرات القديمة، إضافة الى هذا فان الحالة لا تستطيع الحفاظ على علاقات وثيقة مع الآخرين حتى المقربين اليها، وعندما ترغب في الحديث فلم تجد من يشاركها أو يصغي اليها، هذا ما أثر عليها وجعلها تشعر بعدم تحقيق أهداف في الحياة في ظل اصابتها بداء السكري مصرحة "أنا أقلق من المستقبل وأخاف من المجهول"، لذا فهي دائما ترغب في الحديث عن الماضي بسبب بعض المواقف التي حدثت لها ولا زالت حبيسة بداخلها الى يومنا هذا.

وعليه يمكن تلخيص ما سبق في الجدول التالي:

جدول رقم (38): يبين سير المقابلات العيادية مع الحالة الأولى

عدد المقابلات	التاريخ	المدة	الهدف من المقابلة	مكان المقابلة
(02) مقابلات	2023/04/02	30د لكل مقابلة	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تعريف الباحث بنفسه وبالبحث وكسب ثقة المفحوص، وتسجيل بياناته الشخصية. ▪ خفض مقاومة المفحوص 	مكتب الأخصائي النفسي
(01) مقابلة	2023/04/04	40د	<ul style="list-style-type: none"> ▪ دراسة التاريخ المرضي للحالة (الطبي والنفسي).
(01) مقابلة	2023/04/06	25د	<ul style="list-style-type: none"> ▪ دراسة الجانب السيكوسوماتي عند الحالة. 	مكتب رئيس المصلحة
(02) مقابلات	2023/04/10	30د لكل مقابلة	<ul style="list-style-type: none"> ▪ دراسة التاريخ المرضي العائلي للحالة، مع التعرف على الجانب العلائقي للحالة داخل العائلة. 	مكتب الأخصائي النفسي

مقابلة (01)	2023/04/12	د25	معرفة تصور الحالة لذاتها ومستقبلها خاصة في ظل اصابتها بداء السكري.	مكتب رئيس المصلحة
مقابلات (02)	2019/04/13	د25 لكل مقابلة	دراسة الجانب الانفعالي للحالة (كيفية تأثير الانفعالات الإيجابية او السلبية على مرض السكري، مع كيفية التعامل والتعبير عنها من قبل الحالة).	مكتب رئيس المصلحة
مقابلة (01)	2023/04/17	د35	دراسة المرونة النفسية للحالة (معرفة تكيف الحالة مع مختلف المواقف والضغط النفسية اتجاه مرض السكري" التقبل، تناول دواء، زيارات طبية دورية...	مكتب رئيس المصلحة
مقابلة (01)	2023/04/18	د30	دراسة الرفاهية النفسية للحالة (معرفة مدى شعور الحالة بالسعادة والهناء وتحقيق الذات اتجاه داء السكري).	مكتب رئيس المصلحة
مقابلات (02)	2023/04/20	د25 لكل مقابلة	تهيئة المفحوص لإنهاء المقابلات بإعطاء تصورات حول سير كل مقابلة. اختتام المقابلة بشكر الحالة حول صبرها ومشاركتها في هذا البحث العلمي.	مكتب الاخصائي النفسي

تحليل محتوى شبكة المقابلة للحالة الأولى:

- الأم شخصية متساهلة وورزينة
- الأب شخصية قلقة وعدوانية
- الحالة تميل أكثر الى عمتها لأنها تساندها كثيرا وترافقها في المتابعة الطبية لمرضها
- الحالة تربت منذ طفولتها على الشدة، وكانت تتعرض في بعض الأحيان الى العقاب " الضرب" من طرف أبوها، بالرغم من أنه كان يعطيها من المال ما تطلبه منه.

- ترى الحالة أنها شخصية انطوائية، منعزلة ولا تحب إقامة علاقات مع الآخرين ولا تشعر بالثقة اتجاه الآخرين أيضا حتى الأصدقاء المقربين لها.
- الحالة لديها شعور بالمتاعب النفسية، القلق والتوتر، انفعال خاصة بعد اصابتها بداء السكري، فهي ترغب وتحاول أن تتخلص من معاناتها وهمومها وأحزانها لكي تعيش في راحة وهناء مثلها مثل أصدقائها لكنها لا تستطيع كيفية تخطي وتجاوز تلك المعاناة.
- الحالة منشغلة كثيرا حول مرضها فهي لم تتقبله الى يومنا هذا لأنها أصيبت به وهي عز شبابها، الشيء الذي زاد من تأزم حالتها النفسية.
- الحالة لديها صعوبة في التعبير عن مشاعرها وعواطفها التي تنتابها، وحين تريد الحديث فإنها لم تجد من يسمع أو يصغي اليها لأنها كثيرة الكلام.
- الحالة متأثرة كثيرا بحالتها المرضية ولديها خوف كبير من المستقبل نتيجة المضاعفات التي قد يسببها لها داء السكري مستقبلا.
- الحالة لا تتحدث كثيرا عن الجانب الإيجابي في شخصيتها ولديها قصور في احساسها وشعورها بالسعادة والهناء والتكيف مادام أنها تعاني من مرض مزمن يعيق حياتها مستقبلا كزوجة، وأم لأولاد.

تفسير محتوى شبكة المقابلة للحالة الأولى:

من خلال نتائج الأدوات السيكو مترية (مقياس التنظيم الانفعالي، ومقياس المرونة النفسية، والرفاه النفسي)، ومن خلال نتائج الأداة الإكلينيكية (شبكة المقابلة) يمكن تفسير أهم النتائج التي تتعلق بديناميات الحالة (ب) في ضوء مجموعة من العوامل الكامنة التي أغفلت عنها نتائج الدراسة السيكو مترية، فمن خلال الجلسات التي أجريت مع الحالة نجد أنها تتكلم عن معاش نفسي غير مستقر خاصة في ظل اصابتها بداء السكري الذي ولد لها الكثير من المتاعب النفسية والجسدية (قلق، انفعال، توتر) مصرحة" عشت في حياتي كثير من المعاناة والهموم والأحزان" خاصة بعدما تحصلت على شهادة البكالوريا

وانفصلت عن أصدقائها، وبعد التحاقها بالإقامة الجامعية تقول "زادت همومي أكثر ومالقيتش روجي كامل وأصبحت منعزلة لوحدي في الغرفة" الشئ الذي زاد من قلقها ومعاناتها النفسية خاصة وانها كانت تكبت تلك المعاناة والانفعالات ولم تعبر عنها حتى لعائلتها، بل كانت تلجأ الى البكاء فقط، فعند الحديث عن وضعها الصحي (اصابتها بداء السكري) استحضرت الحدث بآلامه مما ظهر عليها ايماءات احمرار الوجه، نوبات من السكوت، انقباض في اليدين، رسغي القدم، فكلها تعبر عن معاش نفسي قلق فإمارة رسغي القدم دلالة على "أن الحالة تشعر في كثير من الأحيان بالخوف والقلق من نتائج معينة"، واحمرار الوجه دلالة على "انزعاج الحالة لكلام يقلقها يصدر عنها كردة فعل طبيعية" (الدروبي، 2014: 35. 56).

الحالة عند تلقيها خبر اصابتها بداء السكري من طرف الأم وضعها في موقف صادم ولم تتقبل حقيقة هذا الخبر تقول "طحت على رجلياً وبديت نبكي، نبكي، نبكي حتى عينيها انتفخوا من بكاء" ورفضت الذهاب الى المستشفى، كما أن نتيجة عدم تقبلها لداء السكري إضافة الى المشاكل العائلية ولد لديها اكتئاب مع أفكار انتحارية ويظهر هذا في قولها "وحد نهار كنت مقلقة وتصارعت مع الدار كسرت كأس وجرحت روجي باه ريحت".

لمسنا من خلال الجلسات العيادية أن الحالة لديها قصور وصعوبة في تنظيم الانفعال، لأنها لديها صعوبة في إدراك مشاعرها وانفعالاتها التي تتعرض لها مع صعوبة في فهم هذه الآخرة، وكيفية التعبير عنها لفظياً أو غير لفظياً، كما لديها قصور أيضاً في إنتاج الكلمات التي تصف مشاعرها وانفعالاتها سواء اتجاه نفسها أو اتجاه الآخرين، أما على المستوى المعرفي فهي تفتقر الى الخيال مع قصور في المعالجة المعرفية للانفعالات الذي أدى الى صعوبة في كيفية تنظيم الانفعالات لديها، كما يرجع قصور التنظيم الانفعالي لديها الى افتقارها لبعض المتغيرات الإيجابية كالمرونة النفسية والرفاه النفسي اللتان تساهم في التقليل من الضغوط والانفعالات السلبية التي تتعرض لها، لأن داء السكري كمرض مزمن يحتاج الى تكييف ومرافقة، ومشاعر إيجابية من قبل المريض كي يحافظ على نسبة السكر الطبيعية لديه، ويقيه من المضاعفات التي قد يستعصي علاجها مستقبلاً، كما أن الضغوط النفسية والانفعالات السلبية التي يتعرض لها المريض

تحتاج منه استخدام أساليب أو استراتيجيات تكيفية لتجاوزها، فمن خلال مقابلتنا مع الحالة لاحظنا أنها تستخدم أكثر أساليب غير تكيفية لتنظيم انفعالاتها (الهروب من المواجهة، النوم، الأكل بدون انتظام، الكبت) فهي أكثر استخداما للقمع التعبيري من إعادة التقييم المعرفي، فنجدها تتحكم في انفعالاتها عن طريق عدم التعبير عنها مما يعكس ذلك صعوبة في تنظيم الانفعال لديها ويصبح العرض الجسدي كمتنفس لتلك الانفعالات المحبوسة داخل الغلاف النفسي والتي لم تستطيع الظهور من خلال قنواتها الطبيعية، مما ينتج عنها (ارتفاع أو انخفاض نسبة السكر في الدم، غيبوبة السكر، فقدان الوزن، شحوبه الوجه...الخ) ظف الى ذلك ظهور بعض المضاعفات في سن مبكرة كالقدم السكري، وفقدان بعض الحواس وبالتالي الموت المبكر وهذا ما لمسناه عند الحالة في قولها " أخاف من المستقبل سبب مضاعفات داء السكري"، أما عن استخدام استراتيجية إعادة البناء المعرفي فان الحالة لديها تشوه معرفي في كيفية إعادة هيكلة وصياغة تفكيرها اتجاه بعض المواقف الضاغطة؛ لتقليل تأثير بعض المشاعر والانفعالات المتعلقة بداء السكري.

كما لمسنا أيضا أن هناك قصور في المرونة النفسية والرفاه النفسي عند الحالة، حيث أنها تجد صعوبة في التكيف والتعامل مع داء السكري نتيجة حقن الأنسولين اليومية على جسدها، والنظام الغذائي المتبع، المتابعة الطبية الدورية...الخ، هذا ما ولد لديها شعور عدم الثقة بالنفس والهناء والسعادة في حياتها اليومية، زد على هذا فان القصور في المرونة النفسية والرفاه النفسي جعلها تتجنب المواقف الانفعالية مع صعوبة في خلق استراتيجيات تكيفية تساعدها في عملية التنظيم الانفعالي الذي يلعب دور مهم في الحفاظ على درجة السكر الطبيعية لديها، والخفض من مضاعفاته على صحتها الجسدية مستقبلا، لأن الانفعالات كذلك لديها نصيب كبير فيما يصاب به الانسان من أمراض نفسجسدية، والتي تدخل ضمن اهتمامات علم النفس العصبي الحيوي (البيولوجي) الذي يهتم بدراسة العمليات البيولوجية كإفرازات الغدد(الهرمونات) وتأثيرها على السلوك والعمليات العقلية بصفة عامة، حيث استخدم هذا

المصطلح كأول مرة من طرف " نايت دونلاب، 1914, Nait, Donleb " في كتابه " الخطوط العريضة لعلم النفس الحيوي (التشابك بين الوظائف العقلية والفيزيولوجية).

2- الحالة الثانية: (ط)

1.1- بيانات أولية عن الحالة:

النوع: ذكر

السن: 30

الحالة العائلية: أعزب

عدد الاخوة: 04

المستوي التعليمي: جامعي

تاريخ بداية المرض: 2013

نوع المرض: داء السكري النوع الأول

➤ درجة الحالة على مقياس تنظيم الانفعال (45) درجة.

➤ درجة الحالة على مقياس المرونة النفسية (50) درجة.

➤ درجة الحالة على مقياس الرفاه النفسي (100) درجة.

2/1 سيميائية الحالة:

➤ ملامح الوجه: في أغلب المقابلات التي أجريت مع الحالة (ط) فإنها ذات ملاحظة عادية لا توجي للقلق أو الانفعال.

➤ التواصل: لم نجد صعوبة في عملية التواصل مع الحالة، حيث أظهر تفهم وتعاون كبيرين لمشاركتها في هذا البحث العلمي.

➤ اللغة: تتكلم بلغة واضحة ومفهومة.

➤ محتوى التفكير: تفكير الحالة لم يكن منصب كثيرا حول وضعه الصحي والنفسي كونه متقبل لمرضه، ويخضع الى تكفل طبي دوري ومنتظم.

3/1 العلاقات الاجتماعية:

➤ مع الأهل: يتميز بعلاقات جيدة مع الأهل والأقارب خاصة مع أسرته.
➤ مع المحيط الاجتماعي: يمتاز باستقرار وعلاقات طيبة مع المحيطين به، كون أنه باحث في علم الاجتماع ويحتك بأفراد المجتمع كثيرا، ويستمتع الى انشغالهم ويساعدهم في حل مشاكلهم.

1 / استجابة الحالة على مضمون استمارة شبكة المقابلة:

الوالدان على قيد الحياة، الأب عمره أربعة وستون (64) سنة، متقاعد، مستوى رابعة متوسط، دخله متوسط، ومن عاداته " مدخن سيجارة"، شخصية طيبة وهادئة، وذو صحة جيدة. الأم عمرها أربعة وخمسون (54) سنة، مستوى ثانية ابتدائي، شخصية متساهلة وهادئة، لكنها قلقة أحيانا من بعض المواقف في الحياة، عدد الاخوة أربعة، لا يعانون من أي مرض، والحالة هو الثالث في الترتيب الأسري الذي لديه مرض السكري، لكن لديه أقارب مصابين بداء السكري (العم، وزوجة العم، الجدة، أم الأم).
الحالة في علاقته مع العائلة تتميز بالاستقرار والهدوء ولا يعاني من أي صراع أو مشاكل داخل الأسرة، بل تلقى مساندة ومرافقة كبيرة من طرف عائلته خلال اصابته بداء السكري خاصة الوالد الذي كان يساعده منذ خبر اصابته بالسكري الى يومنا هذا.

الحالة (ط) يرى أنه بالرغم من اصابته بداء السكري الذي يعتبر كمرض مزمن قد لا يمكن الشفاء منه، الا أنه كان ولا يزال يفقد الأمل من الشفاء، وبالرغم من اصابته بداء السكري الا انه حقق أهدافه التي كان يريد الوصول اليها في المستقبل، فقد واصل دراسته في الجامعة وشارك في عدة مسابقات ونجح في مسابقة الدكتوراه وأنهى تكوينه وناقش أطروحته في وقتها المحدد، ثم بعد ذلك شارك في مسابقة التوظيف ونجح وهو الآن أستاذ جامعي في علم الاجتماع.

وهذا ما دل على شيء فإنما يدل على رغبة ودافعية الحالة في تحقيق ما تمنى الوصول اليه على الرغم من اصابته بداء السكري الذي يعتبر بالنسبة له كموقف حدث وانتهى في قوله " أنا لم أكن أدري أنني يوما ما أنظم الى صفوف الجيش الوطني الشعبي وأصيب بداء السكري ويتم طردني، لكن شاءت الأقدار والحمد لله على لي كتبها ربي ورائي راضي بها"، وهذا دلالة على تقبل المرض من طرف الحالة فهو لازال يريد تحقيق طموحات أخرى في حياته وفي مساره المهني.

أما عن التاريخ الطبي والنفسي للحالة فقد صرح بأنه لم يكن يعاني من أي مرض من قبل حتى سنة 2013 أصيب بداء السكري، وعن كيفية اصابته ذكر سببين رئيسيين: اما سبب حادث مرور تعرض له، أو بسبب الضغوط التي كان يعيشها في الثكنة بمركز التدريب بصفوف الجيش الوطني الشعبي، الحالة (ط) يقول في سنة 2013 تقدمت بملفي للتسجيل بمركز صف الضباط للإشارة بولاية تيارت، وبعد فترة زمنية اتصلوا بي من أجل الذهاب الى مدينة وهران لإجراء بعض التمارين والفحوصات الطبية، وعند الرجوع من مدينة وهران تعرض لحادث مرور فاهتزت حالته النفسية مصرحا " دهشت وانخلعت" ولم أصيب بأي جروح على مستوى الجسد، وبعد 15 يوم اتصلوا به من مركز صف الضباط للالتحاق بالتدريبات لمدة (45) يوم يقول " دخلت وبدأت التدريبات وأنا في صحة جيدة"، وبعد مرور أسابيع بدأت تظهر بعض الأعراض على الحالة (فشلة، دوخة، عطش، جوع، نقص الوزن، كثرة التبول) فدخله الشك حول هذه الأعراض التي لم تكن لديه من قبل لكنه لم يصحح بها خوفا لطرده من الخدمة الوطنية، وبدأت تزيد شدتها يوما بعد يوم، وفي احدى الليالي اشتدت حالته أكثر وظهرت عليه أعراض أخرى (غثيان، آلام شديدة على مستوى البطن) فأخذه مباشرة الى العيادة وبعد فحصه من طرف الطبيب وصف له بعض الحقن والمسكنات الممتثلة في (Perfusion de sérum Glycose) ولم تنفع معه وازدادت الاعراض تفاقما، لأنه كان في حالة ارتفاع نسبة السكر في الدم وفحص الطبيب توقف على الأعراض فقط، واهمال جانب التحاليل التي تكشف عن ذلك بالرغم من توفر متلازمة السك، وبعد ساعة مباشرة وقع بالسقوط فجأة على الأرض ودخل في غيبوبة وحولوه مباشرة الى مصلحة الاستعجاليات الطبية الجراحية يوسف دمرجي تيارت، وعند

فحصه من طرف الطبيب المناوب واجراء بعض التحاليل وجدو أن نسبة السكر في الدم مرتفعة جدا(6غ) فدخل مباشرة الى قاعة الإنعاش ودامت غيبوبته (03) أيام، وبعد ان استرجع ذاكرته وفتح عينيه يقول " لقيت روجي مربوط ويديا غير يباري وتيوات، حسيت روجي في عالم آخر ما فهمت والو" ورأى أمه بجانبه قال " عندما رأيتها وكأني أول مرة نشوفها في حياتي"، ثم جاءت الممرضة اليه لتطمئن على حالته بعد غيبوبته قال سألتها مباشرة" خبريني واش عندي، وعلاه راكم رابطيني" فأجابته؛ اهدأ، لا تقلق، ما عندك والو دوك تريح ان شاء الله، ويأتي الطبيب يشوفك ويخبرك، وبعد تحسن حالته وحول الى مصلحة الطب الداخلي قال " كل دقيقة وانا نقارع للطبيب ايجي ويخبرني واش عندي"، وفي المساء جاءت الطبيبة المختصة لتطمئن عن حالته قال " انفعلت كثير وقلت لها طيبة قوليني واش عندي ما تخبيش عليا " لأن أول مرض كان شاك فيه هو السرطان، وبعد عن هدأته الطبيبة وقالت له بأن لديك مرض السكري صرح الحالة" تفاجأت وبدأت أبكي ولم أتقبل حقيقة هذه الفكرة"، والشيء الذي زاد من قلقه وانفعاله هو حقنة الأنسولين التي تحقن له كل(6) ساعات تحت الجلد، إضافة الى هذا فإن الصدمة النفسية التي أثرت في الحالة حسب تصريحه بعدما تلقى شرح حول مرض السكري من طرف الطبيبة أن مرض السكري هو مرض مزمن ويبقى معك طوال حياتك زد على ذلك حقنة الأنسولين والنظام الغذائي المتوازن لكي يتعدل السكر لديك، فالحالة كان يدرك بأن اصابته بمرض السكري قد تستمر لأسابيع او شهور ويشفى، وبعد هذا الخبر بدأت تظهر عليه أعراض أخرى منها(صعوبة في النوم يقول" أصبحت لم أنام ب 3 أيام"، كوابيس "وليت نشوف كثير منامات"، أفكار متعلقة بالموت، أفكار وسواسية، قلق وانفعال شديد).

وعن التاريخ النفسي للحالة فانه مر بنوبات من القلق والاكتئاب والوسواس بعد اصابته بداء السكري، ولم يخضع لأي تكفل نفسي آنذاك داخل المستشفى، وعن حالته السيكوسوماتية فانه كان يعاني من اضطرابات في النوم، آلام على مستوى البطن والمعدة، صداع أحيانا، مما فقد الكثير من وزنه، كما أنه لم يعاني من أي اضطرابات فيما يخص حياته الجنسية الى يومنا هذا حسب تصريحه.

وعند التطرق الى دراسة الجانب الانفعالي عند الحالة فيما يتعلق بداء السكري لمسنا من خلال المقابلات التي أجريت معه حول هذا أنه يعاني من صعوبة في التعبير عن انفعالاته ومشاعره المتعلقة بمرضه، ولا يحبذ أن يصرح بها للآخرين فأحيانا يستطيع التحكم فيها وأحيانا لا حسب الموقف الذي واجهه، فهو لا يفكر كثيرا في داء السكري حتى لا يشعر ببعض السلوكيات الانفعالية السلبية كالخوف من ارتفاع نسبة السكر، القلق... الخ، وعند شعوره بانفعالات إيجابية كالفرح والسرور يقول " نحس حالتي النفسية والجسدية جيدة وطبيعية"، فقد صرح ان الشعور بسلوكيات انفعالية إيجابية أمر مهم بالنسبة لمريض السكري لأنه قد يساهم في الوقاية من بعض المضاعفات على صحته خاصة مع التقدم في العمر، كما لمسنا من خلاله مقابله عن شعوره عندما يقيس نسبة السكر ويرى أنه مرتفع فقد صرح لنا " أنه لا ينفعل ولا يقلق من ذلك بل يتصرف معه حسب تعليمات الطبيب التي يوجهها له" ويجأ الى استراتيجيات أخرى إيجابية منها (المشي " الرياضة"، تعديل جرعة أنسولين لخفض نسبة السكر)، وعند التعرض لموقف انفعالي ضاغط فانه يجد صعوبة أحيانا في تهدئة نفسه بسبب بعض استمرارية بعض المشاكل فانه يشعر بضغط أكثر ولا يعرف كيف يتصرف معه في تلك اللحظة.

أما فيما يخص طبيعة المرونة النفسية للحالة من خلال المقابلات التي أجريت معه فيما يتعلف بالتكيف والمواجهة اتجاه المواقف الضاغطة التي قد تؤثر على حالته النفسية والجسدية (مرض السكري) فقد لمسنا أنه لديه قدرات إيجابية في التعامل مع الضغوط التي يتعرض لها بكل مرونة وصمود مصرحا " ان التسيير الناجح للانفعالات لا يعتمد على الانفعال الزائد من طرف مريض السكري، بل على المرونة والتكيف حتى لا يشعر بالفشل والتعب وبالتالي عدم استقرار في نسبة السكر"، وهذا ما دل على شيء فإنما يدل على الاستبصار الجيد للحالة عن مرضه خاصة وأنه يخضع الى متابعة دورية منتظمة اتجاه مرض السكري حتى لا يقع في بعض المضاعفات مستقبلا اذا قدر الله.

وعن مقابلة الحالة للتعرف على الرفاهية النفسية في ظل اصابته بداء السكري، لمسنا أنه يتسم بشعور إيجابي وسعادة نفسية مع ثقة في النفس، فهو دائما يهتم بما هو جديد ويسعى الى تحقيق ذاته كي يصل

الى السعادة والرفاهية سواء مع مرضه أو في حياته المستقبلية، الا أنه يقول تمر عليا بعض المواقف والمشكلات ولا أستطيع مواجهتها أو تجاوزها لأنني مصاب بداء السكري، الأمر الذي يؤثر على تكيفه واحساسه بالانتماء نحو الآخرين لكن هذا لا يعني أنه غير قادر على تجاوز ذلك بل على العكس فكل عقبة يمر بها تخلق لديه نمو آخر يستطيع من خلاله تغيير تلك الأفكار والخبرات المؤلمة، فهو دائما يسعى الى تحقيق اهداف وطموحات جديدة في حياته، فهو يركز على الحاضر والمستقبل دون ان ينسى الماضي فكل خطوة لديه أصبحت مهمة ولا بد من المسيرة وفق ما تتطلبه الصحة حسب تصريحه.

وعليه يمكن تلخيص ما سبق في الجدول التالي:

جدول رقم (39): يبين سير المقابلات العيادية مع الحالة الثانية

عدد المقابلات	التاريخ	المدة	الهدف من المقابلة	مكان المقابلة
(01) مقابلة	2023/04/23	30د	▪ تعريف الباحث بنفسه وبالبحث وكسب ثقة المفحوص، وتسجيل بياناته الشخصية.	مكتب رئيس المصلحة
(02) مقابلات	2023/04/24	30د لكل مقابلة	▪ دراسة التاريخ المرضي للحالة (الطبي والنفسي).
(01) مقابلة	2023/04/26	20د	▪ دراسة الجانب السيكوسوماتي عند الحالة.
(01) مقابلة	2023/04/26	25د	▪ دراسة التاريخ المرضي العائلي للحالة، مع التعرف على الجانب العلائقي للحالة داخل العائلة.	مكتب الأخصائي النفسي
(01) مقابلة	2023/04/27	25د	▪ معرفة تصور الحالة لذاتها ومستقبلها خاصة في ظل اصابتها بداء السكري.

....	<ul style="list-style-type: none"> دراسة الجانب الانفعالي للحالة (كيفية تأثير الانفعالات الإيجابية او السلبية على مرض السكري، مع كيفية التعامل والتعبير عنها من قبل الحالة. 	د25 لكل مقابلة	2023/04/30	(02) مقابلات
مكتب رئيس المصلحة	<ul style="list-style-type: none"> دراسة المرونة النفسية للحالة (معرفة تكيف الحالة مع مختلف المواقف والضغوط النفسية اتجاه مرض السكري" التقبل، تناول دواء، زيارات طبية دورية...الخ"). 	د35	2023/05/02	(01) مقابلة
....	<ul style="list-style-type: none"> دراسة الرفاهية النفسية للحالة (معرفة مدى شعور الحالة بالسعادة والهناء وتحقيق الذات اتجاه داء السكري). 	د30	2023/05/04	(01) مقابلة
....	<ul style="list-style-type: none"> تهيئة المفحوص لإنهاء المقابلات بإعطاء تصورات حول سير كل مقابلة. اختتام المقابلة بشكر الحالة حول صبرها ومشاركتها في هذا البحث العلمي. 	د25 لكل مقابلة	2023/05/07	(02) مقابلات

تحليل محتوى شبكة المقابلة للحالة الثانية:

- الأم شخصية هادئة وقلقة أحيانا
- الأب شخصية متزنة ورزينة
- الحالة يميل أكثر الى والديه لأنها حرسان على حالته الصحية
- يرى الحالة أنه شخصية هادئة، ومنفصلة أحيانا، ويحب إقامة علاقات مع الآخرين ويشعر بالثقة اتجاههم.
- الحالة لديه شعور وتقبل إيجابي اتجاه مرض السكري، فهو دائما يسعى الى تحقيق أهداف وطموحات أخرى في حياته.

➤ الحالة (ط) يواجه صعوبة أحيانا في التعبير عن مشاعره وانفعالاته خاصة في بعض المواقف المحرجة.

➤ الحالة (ط) لم يتأثر كثيرا بحالته المرضية في الوقت الحالي لكن ينتابه شعور بالخوف من المستقبل نتيجة المضاعفات التي قد يسببها له داء السكري مع التقدم في العمر.

➤ الحالة (ط) يتحدث كثيرا عن الجانب الإيجابي في شخصيته من خلال الإنجازات التي حققها في مدة زمنية قصيرة، ولديه شعوره بالسعادة والهناء مادام أنه وصل الى تحقيق ذاته بالرغم من كل الأزمات النفسية والجسدية التي مر بها.

تفسير محتوى شبكة المقابلة للحالة الثانية:

من خلال الجلسات التي أجريت مع الحالة (ط) لمسنا أنه قد مر بصدمات نفسية ولدت لديه مشاعر نفسية غير مستقرة مع اضطرابات سيكوسوماتية " داء السكري" الذي أثر حقيقية على حالته النفسية والجسمية والتعليمية خاصة داخل المستشفى مصرحا " ماكنتش نقارع بلي يصرالي كما هالك وأنا في هاذ العمر"، خاصة بعدما انفصل من الدراسة في الجامعة والتحق بصفوف الجيش الوطني الشعبي وأصيب بحالة مرضية داخل الثكنة أدت به فجأة الى الدخول في غيبوبة لمدة 03 أيام غيرت حياته وكأنه ولد لأول مرة يقول " كي فطنت من غيبوبة وفتحت عيني حسييت روجي في عالم آخر وكأني لم أعش 18 سنة من عمري"، وعند الحديث عن هذا المعاش المؤلم لاحظنا ظهور بعض الايماءات الجسدية على الحالة التي تعكس مكنونات النفس وآلامها منها ايماءة خفض الرأس للأسفل التي تدل على " أن الشخص يعبر عن موقف مؤلم ولا يستطيع التكلم عنه"، وايماءة التعبير باليدين عند الحديث التي تدل على " التوتر والانفعال" (الدروبي، 2014: 14-39).

الحالة عند تلقيه خبر اصابته بداء السكري من طرف الطيبة تفاعاً ولم يتقبل حقيقة هذا الخبر مصرحا " بدأت أبكي ولم أتقبل حقيقة هذه الفكرة"، كما أن نتيجة عدم تقبله لداء السكري في البداية وكذا حقنة الأنسولين ولد لديه مشاعر سلبية اتجاه نفسه واتجاه الآخرين، الأمر الذي تولد عنه

سلوكيات متعلقة باللوم والرفض، التقصير في الواجبات، العزلة، عدم اهتمام بصورة الذات، وبعد مرور عدة أيام من التكفل داخل المستشفى من طرف الطيبة الأخصائية التي ساندته بنصائحها الطبية والنفسية من أجل تقبله للمرض من جهة ولحقنة الأنسولين من جهة أخرى، وبعد مرور أيام بدأ الحالة (ط) يتقبل الدواء ونصائح الطيبة يقول "تقبلت إصابتي بمرض السكري وهذا مكتوب ربي" وبالتالي فإن التكفل والمساندة سواء من طرف الطبيب أو العائلة تلعب دور مهم في تحسن المريض.

لمسنا من خلال الجلسات العيادية أن الحالة لديه قصور في تنظيم الانفعالات، مع قصور في المرونة النفسية والرفاه النفسي أيضا (الدرجة المنخفضة في التنظيم الانفعالي، والدرجة المتوسطة في المرونة النفسية والرفاه النفسي)، فهو يجد صعوبة أحيانا في ادراك مشاعره وانفعالاته والتعبير عنها، كما لديه صعوبة في فهم وادراك مشاعر الآخرين على الرغم من أنه يتشبع بالكلمات التي يستطيع من خلالها أن يصف مشاعره وانفعالاته، وهذا نتيجة الكبت والخجل الذي لمسناه عند الحالة، والذي يعكس صعوبة التعبير عن تلك المشاعر والانفعالات خاصة اتجاه بعض المواقف التي تتطلب منه تعديل أو تغيير بعض الأفكار السلبية التي يتلقاها لأن عدم محاربتها أو تقبلها على مستوى الوعي يؤدي إلى إنتاج سلوك مضطرب لدى المريض (ارتفاع أو انخفاض نسبة السكر في الدم، مضاعفات مبكرة ... الخ)، وبالتالي فإن القصور في المعالجة المعرفية للانفعالات أدى إلى صعوبة في تنظيم الانفعال والمشاعر لدى الحالة.

كما يرجع قصور التنظيم الانفعالي لدى الحالة (ط) إلى صعوبة في استخدام بعض الاستراتيجيات التكيفية اتجاه المواقف الضاغطة التي يتعرض لها، فمن خلال مقابلتنا مع الحالة لاحظنا أنه يستخدم بعض الاستراتيجيات التكيفية عندما يقيس نسبة السكر ويرى أنها مرتفع أو منخفض (الرياضة، الاسترخاء، تعديل جرعة الأنسولين) لكنه لا يدرك أن الاحتفاظ بالمشاعر والانفعالات السلبية وعدم التعبير عنها يؤدي إلى اضطراب في معدلات السكر لديه.

لمسنا أيضا أن هناك قصور في المرونة النفسية والرفاه النفسي عند الحالة (ط) نتيجة عدم القدرة على المواجهة والتعامل مع بعض الضغوط والانفعالات السلبية، فهو يقوم بالواجهة السلبية أحيانا

للمشكلات والضغوط النفسية، ويستخدم أساليب غير تكيفية لتنظيم الانفعال (التجنب، عدم التعبير) في قوله " بعض المشكلات أتعرض لها تولد لدي ضغط ولا أستطيع كيف أتعامل معها، وفضل عدم استمرارها"، فهو يلجأ الى استخدام القمع التعبيري أحيانا (درجة مرتفعة في بعد القمع) فنجده يتحكم في انفعالاته عن طريق عدم التعبير عنها أحيانا حسب ما جاء في تصريحه " بعض المواقف أتعرض لها ماتخلنيش نتحكم في روحي ونتقلف"، مع منع السلوكيات الناتجة عن هذا الانفعال، وبالتالي فان استخدام القمع الانفعالي يعكس صعوبة في تنظيم الانفعال والمشاعر لدى الحالة، وفي مقابل هذا لمسنا ان الحالة (ط) يستخدم استراتيجية إعادة التقييم المعرفي (درجة مرتفعة في إعادة التقييم المعرفي) لكنه يعاني من تشتت في الأفكار التي تنتابه، مما يجد صعوبة في تنظيمها وإعادة هيكلتها بطريقة سليمة وإيجابية لتقليل تأثير الانفعال السلبي، زد على هذا فان القصور في المرونة النفسية أيضا يجعله يجد صعوبة في التكيف مع الانفعالات السلبية، وبالتالي ظهور سلوكيات مضطربة تعكس تكيفه النفسي مع داء السكري.

مناقشة نتائج الفرضية العيادية:

ينص الفرض العيادي على أنه: هناك عوامل وأسباب دينامية كامنة وراء قصور التنظيم الانفعالي والمرونة النفسية والرفاه النفسي لدى حالات من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت، ولتحقق من هذا الفرض كان ولا بد من الرجوع الى التفسير والتحليل العيادي الذي من شأنه اظهار الجوانب الأساسية لهذه الدراسة.

فمن خلال تحليل محتوى شبكة المقابلة التي أجريت مع الحالتين (ط) و(ب) تبين أنه كلا الحالتين لديهما قصور في التنظيم الانفعالي والمرونة النفسية والرفاه النفسي بدرجات متفاوتة، بحيث يعزى هذا القصور الى عدة عوامل نفسية كامنة وراء الإصابة بداء السكري سواء النوع الأول أو النوع الثاني، فالتفكير الدائم بالمرض والخوف والقلق يعيق كل ما يريدون فعله ويقلل من نشاطاتهم وتركيزهم وكذا

شعورهم النفسي اتجاه أنفسهم واتجاه الآخرين، فهم دائماً يخشون التغييرات الجديدة التي سوف تطرأ على حياتهم، نظرة الناس إليهم، نظرتهم إلى المستقبل... الخ، هذا ما يجعلهم يعيشون في انفعال وتوتر وقلق دائم مع تكيف مضطرب حول مرض السكري، زد على هذا الخوف من مضاعفات السكري التي قد تحدث لهم وتشوه من صورتهم الجسدية كالقدم السكري، قصور أو فقدان الرؤية، القصور الكلوي وغيرها من المضاعفات التي تحدث نتيجة الإهمال أو عدم التقبل، وهذا ما لمسناه حقيقة من خلال مقابلتنا مع الكثير من المرضى الصابين بداء السكري على مستوى المصححة فهم يصرحون أنهم يخافون ويقلقون من ارتفاع نسبة السكر، و المضاعفات التي قد تحدث لهم، إلا أنهم يندسون أو لا يتناولون الدواء في وقته، لا يلتزمون بالحمية الغذائية، الزيارات الطبية، النظافة الجسدية ... الخ، وعلى هذا الأساس نجد غالبية مرضى السكري يعيشون في حلقة مغلقة بالمشاعر السلبية والانفعالات المضطربة، والتي قد لا تجد منفسا تفرغ من خلاله، ويصبح الجهاز النفسي يعيش في صراع داخلي بين غرائز الهو ومطالب الأنا، وإذا لم يجد الأنا حلا لذلك الصراع فيقع المريض في مأزق لا يستطيع الخروج منه، بل ويصبح الجسد يعبر عن مكنوناته وصراعاته النفسية عن طريق أعراض جسدية؛ ارتفاع نسبة السكر في الدم أو البول، أوجاع على مستوى البطن، ظهور بعض المضاعفات... الخ، وهذا ما أشارت إليه دراسة (رضوان، 2002) أن مرضى السكري يعانون من آثار القلق النفسية المرتبطة بمضاعفات السكري، زد إلى هذا عدم تقبل المريض لمرضه يجعله غير متكيف وغير منبسط وسعيد مع الوضع الراهن المحاكي لإصابته مع هذا الداء، ويولد لديه استجابة انفعالية متمثلة في الرفض والانكار والهروب من الواقع (حربوش، 2008: 106).

وبالرجوع إلى الإطار النظري الذي تبناه الطالب الباحث، والذي من شأنه اظهار الجوانب الأساسية لهذا الموضوع الذي يندرج تحت الأمراض السيكوسوماتية (النفس جسدية)، سار البحث في ضوء نظرية جروس، وجون " Gross, & John " حول التنظيم الانفعالي الذي يعد مجموعة من العمليات الشعورية والغير الشعورية التي يستطيع الفرد من خلالها أن يؤثر على الانفعالات التي يتعرض لها، مع كيفية

التحكم فيها والتعبير عنها، فقد ميز (جروس، وجون، 2003) بين استراتيجيتين أساسيتين تعكس مرونة ورفاهية المريض في التكيف مع مختلف الانفعالات التي يتعرض لها أولها؛ استراتيجية إعادة التقييم المعرفي: وهي التي تحدث مبكرا في عملية توليد الانفعال، وتتضمن إعادة هيكلة الموقف الانفعالي معرفيا مع تغيير وإعادة صياغة تفكيره حول الموقف لتقليل تأثير الانفعال السلبي، وثانها؛ استراتيجية القمع التعبيري: التي تركز على الاستجابة وتحدث متأخرة في عملية توليد الانفعال، وتتضمن التحكم في الانفعال و الشعور من خلال عدم التعبير، ومنع السلوكيات المعبرة عنها (Gross, & John, 2003)، فقصور التنظيم الانفعالي يرتبط بمستويات المرونة النفسية والرفاه النفسي لدى الفرد بصفة عامة أو حتى لدى المريض المصاب بمرض مزمن كما هو مبين في دراستنا الحالية، فقد أكدت بعض الدراسات السيكولوجية والطبية منها دراسة (Parachi,S et al,2011) أن القصور أو الصعوبات في فهم وتنظيم المشاعر والانفعالات لها تأثير سلبي على صحة ورفاهية الفرد، وأن صعوبات تنظيم الانفعال ترتبط بشكل عام بما يلي (انخفاض مستوى السعادة، المرونة والرفاه الذاتي للفرد، الرضا)، في توصلت دراسة (farra, A,Rahmania, et al,2020) التي هدفت الى دراسة العلاقة بين التنظيم الانفعالي والرفاه النفسي لدى مرضى السكري، على عينة مكونة من 53 مريضا من كلا الجنسين، وتوصلت نتائجها الى أن التنظيم الانفعالي يرتبط ارتباطا إيجابيا بالرفاه النفسي للمريض؛ فكلما ارتفعت درجة الرفاه النفسي كان مستوى التنظيم الانفعالي أعلى.

ان القصور في المرونة النفسية والرفاه النفسي يعكس تكيف المريض بالسكري في تعامله مع الضغوط التي يتعرض لها، والتي تتطلب منه خلق مشاعر إيجابية لمواجهة ذلك الموقف الذي تعرض له بصورة إيجابية، لذا فالتنظيم الانفعالي يتطلب مستويات عالية من المرونة والشعور بالسعادة كي يستطيع المريض أن يتكيف مع المواقف الانفعالية بشكل طبيعي ومقبول، والا يلجأ الى خلق استراتيجيات غير تكيفية لتجاوز ذلك الموقف الضاغط (القمع التعبيري) بدلا من (إعادة التقييم المعرفي)، وهذا ما لمسناه

حقيقة عند دراستنا للحالتين المصابتين بالسكري من خلال المقابلات التي أجريت معهم، فقد أكدت دراسة (Reynolds, et al, 2004) في أمريكا التي هدفت الى معرفة العلاقة بين الضغوط النفسية والاعراض الجسدية، باستخدام أدوات المقابلة والفحص الطبي، وتوصلت نتائجها الى أن ارتفاع مستوى الضغط يؤدي الى زيادة معدل الاعراض الجسدية. مرض السكري أحد الأمراض النفس جسدية يرجع الى سببين رئيسين: الأول: طبي راجع الى سبب مناعي بمعنى خلايا المناعة في الجسم تهاجم خلايا بيتا " Beta " في البنكرياس، وخلايا بيتا هي التي تفرز هرمون الأنسولين وبالتالي لما ينخفض مستوى الأنسولين في السكر فان الخلايا لا تستطيع أن تمتص السكر وبالتالي يرتفع الجلوكوز في الدم، لكن في مقابل هذا هناك بعد او سبب آخر يوصف هذا المرض وهو بعد الاضطراب الشعوري كما وصفه (الدملاوي، 2022) في مداخلته حول "الاتزان الشعوري"، فهو عبارة عن حال يعيشه المريض من خلال السلوك الفطري الأولي، لأن الانسان لما يتعرض لحالة شعورية مضطربة يتفاعل مع تلك الحالة الشعورية على مستويين: الشعوري والمستوى الجسدي أيضا باضطراب يسمى: مرض، فمرض السكري هو صورة من صور الاضطراب لحالة شعورية متمثلة في رفض الانسان لصورته ووجوده هو شخصيا في مواقف محددة، أو رفضه في عينين الآخر، وهو ما يعرف لدى علماء النفس التحليلين بالتجنب كميكانيزم دفاعي يلجأ اليه الفرد لكي يتجاوز أو يتخلص من موقف ما واجهه أو يزعجه ولا يستطيع مواجهته فيتجنبه، وهذا ما لمسناه أكثر عند الحالة الأولى(ب) فهي تحبذ العزلة وعدم الاخلاط بالآخرين حتى المقربين اليها، لا تحبذ الحديث عن موضوع له علاقة بمرضها، لا تحبذ أن يسألها أو يذكرها أحد عن مرض السكري، ويظهر في قولها " ما نبغيش كي نكون في جماعة خاصة مع لفامي ويسقسوني على مرض تاعي، وكي يسقسوني نبدل هدره أو ندير كاش سبة ونخرج"، لذا فان مريض السكري هو شخص شديد الحساسية اتجاه اللوم في المسؤولية(لا يحب اللوم، لا يحب التقصير...الخ) وهذا من خلال الانتباه المضطرب لنفسه والآخر، فهو يريد أن يعيش الانتماء والاندماج من خلال أن المحيطين به يغمرونه بمشاعرهم وعواطفهم هذا عند الأنثى، أما الذكر فيبحث عن الانتماء من خلال أن المحيطين به يرونه وسطهم واضح وظاهر من خلال نظرتهم لنفسه في نظر

الأخريين وهو مصاب بالسكري(الدملاوي، 2022)، وهذا ما وجدناه حقيقة من خلال مقابلتنا للحالتين (ب)و(ط)، ولنضرب مثالا عن ذلك حتى تتضح الصورة أكثر، فالأنثى اتجاه أمها تحس أنها مسؤولة عنها وتلبي كل طلبياتها، لكن بمجرد أن تأتي أمها وتلومها فتتلاشى وتحبط لأنها مغمورة بمشاعرها وعواطفها، عكس الذكر فهو دائما شديد الانتباه للآخر حتى لا يأخذ صورة سلبية عنه (يبين أنه مرتاح وسعيد) حتى لا يتعرض للوم أنه غير حريص وهذه ليست مسؤولية، بل ارتداد قناع يختبأ وراءه ويظهر من خلاله الصورة الإيجابية الظاهرة للآخر، لكن باطنه مغاير للصورة الظاهرة من القناع.

وعلى هذا فان مريض السكري كل ما هو عايش مرآة للآخر أو للماضي أو المستقبل فهذا عد اتزان شعوري وانفعالي، لأن الاتزان أو التنظيم الشعوري أو الانفعالي يعتمد على قدرة الشخص لإدارة مشاعره وانفعالاته لوحده (لا ينشغل بالآخر)، لأن الانشغال الشديد بالآخر هو الاضطراب في حد ذاته، لذا فان التنظيم أو الاتزان هو أن يختار المريض المشاعر المتزنة ويقوم بتكييفها حسب حالته هو، فالتكيف أمر ضروري ومهم في استقرار الحالة النفسية والجسمية للمريض، وهذا ما أكده الكثير من الباحثين في مجال السيكوسوماتية في تفسيرهم للمرض النفس جسدي أمثال(زوار Ziwar، سيلبي Selye، جارما Garma، دي بوكود De.Boucoud وغيرهم) فقد جعل زوار "Ziwar" من المرض النفس جسدي تعبيراً عن فشل ناتج عن سوء التكيف، ليعتقد سيلبي Selye بأن تظاهرات سوء التكيف ناتجة عن اضطرابات السيرورات الفيزيوغددية "Physio-Hormonal" وميز نوعين لذلك: الأول: التكيف فيها محطم (داء السكري)، والثاني: استجابة التكيف مبالغ فيها وتتجاوز هدفها (قرحة المعدة، القولون، التهاب المفاصل)، وحسب نظرية المعنى أكد كل من جارما Garma، وسبارلين Sperling، أن العرض النفس جسدي له معنى نفسي وجداني، وله تظاهرات خاصة تعود الى ميكانيزمات دقيقة خاصة النكوص والتثبيت أين يلعب الكبت دور مهم فيهما(معاليم، 2017: 26).

وبالتالي فإن الأفكار والمشاعر السلبية التي يتلقاها الشخص ويسعى الى محاربتها سوف تبقى متشبثة خاصة في حال عدم تقبلها أو التكيف معها ترسل له إشارات سلبية تغذي أنسجة الجسم ويصاب بالمرض، ويصبح الجسد يعبر عنها عن طريق سلوكيات تعكس خلل أو اضطراب التنظيم الانفعالي والشعوري للمريض اتجاه المواقف التي تتطلب منه خلق استراتيجيات تكيفية تسمح له بمواجهة أو تعديل أو التحكم في الاستجابة الانفعالية، الأمر الذي يعكس عدم المرونة النفسية والرفاه النفسي للفرد، فالمرونة النفسية عملية ديناميكية يتفاعل بها الفرد مع بيئته بشكل تكيفي، مما يحافظ على هدوءه واتزانه الانفعالي عند التعرض لمواقف عصيبة أو ضاغطة، زد على ذلك شعوره بالسعادة والهناء النفسي كي يصل الى تحقيق ذاته بشكل إيجابي سواء داخل الأسرة أو في المجتمع، فكلها خصال إيجابية تنمي وتعزز الصحة النفسية والجسمية للمريض حتى يصل الى مرحلة التكيف النفسي الإيجابي الذي يسمح له بخلق استراتيجيات تكيفية تساعد على عملية التنظيم الانفعالي في مواقف الاستجابة الانفعالية.

الاسهام العلمي:

لنصل في الأخير من خلال عرض ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة الاحصائية والعيادية، عن طريق منهجين رئيسين أولها: المنهج الوصفي والذي تم التطرق فيه الى وصف ومعالجة المتغيرات احصائية، والثاني: المنهج العيادي الذي تم التطرق فيه الى معالجة القصور في بعض العوامل التي قد أغفلت عنها نتائج أدوات الدراسة الوصفية، هذا ما نتج عنه الدراسة العيادية لبعض الحالات الفردية التي فسحت المجال للطلاب أكثر فأكثر في التعمق والبحث عن عوامل وأسباب أخرى متعلقة بقصور متغيرات موضوع البحث.

وعليه يمكن تلخيص أهم العوامل الدينامية الكامنة وراء قصور التنظيم الانفعالي والمرونة النفسية والرفاه النفسي لدى عينة من مرضى السكري بولاية تيسمسيلت فيما يلي:

■ كبت الانفعالات والمشاعر:

بمعنى عدم قدرة مريض السكري على وصف انفعالاته ومشاعره اتجاه مرضه، مما يؤدي به الى صعوبات في فهم وتنظيم الانفعال، ليصبح الجسد يعبر عنها عن طريق سلوكيات مضطربة متمثلة في أعراض (ارتفاع او انخفاض نسبة السكر في الدم أو البول، اضطراب في الرؤية، دوخة، رجفة...الخ)، بمعنى آخر يصبح الجسد عبارة عن لغة رمزية للنفس، وهذا ما لا يعرفه الكثير من مرضى السكري ويبقون في حيرة من أمرهم يتساءلون عن الأسباب الكامنة وراء خلل أو اضطراب نسب السكر لديهم، لأن غالبيتهم لا يخضعون الى تكفل نفسي منتظم موازي للتكفل الطبي، وهذا ما لمسناه فعلا من خلال مقابلتنا للعديد من المرضى بمصلحة الامراض المزمنة تيسمست.

■ صعوبة التحكم في الانفعالات وإدارة المشاعر السلبية:

وهذا نتيجة الانشغال والتفكير الدائم بالآخرين وبقضايا اجتماعية، واقتصادية، تؤدي بالمرضى الى ضغوط نفسية وانفعالات سلبية تنعكس على صحته الجسدية، فالانشغال الشديد بالمشكلات والمواقف الاجتماعية اتجاه الآخرين مع الانشغال الشديد بالمرض دون المتابعة الطبية والنفسية المنتظمة هو الاضطراب في حد ذاته يؤدي بالمرضى الى عدم الاتزان الانفعالي، وخلق استراتيجيات غير تكيفية (سلبية) في مواقف التفاعل الاجتماعي تعكس تكيفه الإيجابي مع مرض السكري، هذا ما يجعله يجد صعوبة في فهم ووعي وتنظيم انفعالاته معرفيا، مع صعوبة في ادارتها على المستوى الشعوري.

■ القلق النفسي:

حالة من التوتر، والشعور، والانفعال المستمر المرتبطة بموقف معين، والمصاحبة لمجموعة من التغيرات الفيزيولوجية التي يسيرها نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، بحيث أن المريض لا يجد لها مبرر من الناحية الموضوعية، فنوبات القلق غالبا ما تكون مؤقتة وسريعة الزوال لكن ما يجعلها مرضية هو معاودة تكرارها من قبل الفرد عندما تثيرها منبهات وتبقى مستمرة مع الظرف او الموقف، وهذا ما استنتجته

حقيقة الطالب من خلال مقابله مع مرضى السكري، بحيث أن القلق يعيش معهم طالما أن السكر قائم ومستوياته غير مستقرة بين الانخفاض والارتفاع، فمجرد ما يدرك المريض أن منها معينا أو موقفا معينا قد يتعرض له أو يهدده تنتابه مجموعة من الأعراض الجسدية (الفيزيولوجية) نتيجة ذلك الشعور الداخلي القائم بالقلق (تغيرات في ملامح الوجه، رجفة، فشلة، زيادة في نبضات القلب، اتساع حدقة العين، ارتفاع الضغط، السكر).

■ سوء التكيف النفسي مع المرض:

لقد أكدت العديد من الدراسات السيكوسوماتية أن مرضى السكري لديهم تكيف محطم اتجاه مرضهم، فقد لمسنا هذا من خلال دراستنا للعديد من الحالات فكثيرا ما يعبرون عن مواقف وأحداث حدثت لهم ولا زالت تحدث معهم أحيانا (عائلية، اجتماعية، اقتصادية) تعكس تكيفهم النفسي مع مرض السكري، مما يعكس عدم المرونة النفسية للمريض في التعامل مع مرضه بصورة إيجابية.

■ التقبل الزائف للمرض:

ان تقبل المريض لمرضه عبارة عن استجابة نفسية، معرفية، وسلوكية، ويتجلى هذا من خلال قدرته على التكيف مع الوضع الراهن المحايي لإصابته بهذا الداء، لكن هناك من المرضى بل غالبيتهم تكون استجابتهم الأولية هي الرفض والانكار نتيجة الصدمة (خبر تلقي إصابته بالمرض)، التي ينشأ من وراءها سلوكيات لا شعورية من قبل المريض، فهناك من يخضع ويستسلم لأوامر الطبيب ونصائحه ويتعود ليصل الى مرحلة من التقبل والتكيف معه كأنه أمر حدث وانتهى، وفئة أخرى يتعدى هذه المرحلة ويدخل في مرحلة أخرى يرفض فيها المريض شعوريا الإحساس بالمرض، ويبقى يعيش في الخوف والقلق الشديد الأمر الذي يزيد من تأزم حالته النفسية والجسدية، وهذا ما أطلق عليه كايبس "Keipes" بالتقبل الزائف.

▪ ثقافة المجتمع المرضية التي يتبناها المريض :

من خلال مقابلتنا للعديد من مرضى السكري حول كيفية متابعتهم لمرض السكري سواء من حيث الحماية الغذائية أو الفحوصات الطبية الدورية خاصة تناول الدواء، فقد صرحوا أنهم يتناسون تناول الدواء ومنهم لا يتناوله كاملاً، بل يلجؤون إلى ممارسات علاجية أخرى يصفونها لهم أصدقائهم أو أقاربهم، أو بعض العشابين والرقاة، والمتمثلة في (خلطات علاجية مصنوعة من مواد معينة، أعشاب... الخ) أنها تساهم في علاج أو خفض مستويات السكر في الدم، ليعتقد بذلك المريض بخلق تصور في ذهنه له علاقة بزوال مرضه وإمكانية شفاؤه وتحسن حالته عن طريق تناول تلك الخلطات أو الأعشاب أحسن من تناول الدواء بحجة أنه له مضاعفات تؤثر على صحتهم حسب ما يقولون لهم هؤلاء، لكن بعد فترة زمنية معينة فجأة يقعون في غيبوبة ليجدو أنفسهم في المصحّة، وبعد إجراء الفحوصات الطبية يشخص المريض بأنه دخل في غيبوبة أو مضاعفات معينة نتيجة ارتفاع نسبة السكر في الدم أو عدم انتظامه، وهذا راجع إلى توقف المريض عن تناول الدواء، وبالتالي نحن لا ننكر مثل هاته العلاجات التقليدية التي يلجأ إليها المرضى لالتماس الشفاء منها، وإنما يجب أن تكون خاضعة لدراسة وأبحاث علمية تثبت مدى فعاليتها في علاج هذا المرض المزمن، وتكون موازية أو مكملة للعلاج الدوائي الموصف للمريض وتحت مراقبة طبية.

الى هنا نكون قد وصلنا في نهاية هذه الدراسة التي حاولنا من خلالها تسليط الضوء على موضوع يدخل ضمن اهتمامات مجال البحث العلمي من خلال مناقشة سيكو مترية وعياديه ، فكثير هي الدراسات التي تحدثت عنه بنوع من التفصيل؛ الطبية والنفسية والثقافية لدى فئات مختلفة من المجتمعات العربية والغربية وحتى المحلية، ألا وهو مرض السكري الذي أصبح يشكل هاجسا بشريا فهو دائما في تزايد مستمرا لأن الإصابة به تجعلك تراقب نسبة السكر يوميا طوال حياتك كونه مرض يتطلب عناية محكمة من عدة جوانب منها ما يتعلق بالحمية، ومنها بالرياضة، وحقن الأنسولين والأقراص، ورغم تطور البحوث والدراسات الطبية التي تجرى حوله الا أنه لا يوجد الى يومنا هذا حلا نهائيا يقضي على هذا الداء، لأنه هناك عوامل نفسية أخرى كامنة وراء هذا السبب الطبي والتي قد يغفل عنها الكثير من الأطباء في عملية تشخيصهم لهذا المرض، فأى اضطراب على مستوى الشعور أو التنظيم الانفعالي للمريض يؤثر على الحالة الجسدية للمريض، وأي اضطراب على مستوى الجسد أصله اضطراب على مستوى الشعور، وبالتالي هذا المرض الناتج عن هاته الثنائية (الجسد و النفس) من خلال الانفعال المضطرب هو حال يعيشه المريض ويعبر عنه من خلال السلوك الظاهر الذي يعكس عدم المرونة النفسية والرفاه النفسي للمريض، لأن شعور المريض بعدم الأمان والسعادة والطمأنينة سواء افي الأسرة أو العمل، أو المجتمع يعكس تكيفه النفسي مع مرض السكري، ويزيد من سوء حالته النفسية والصحية ويصبح أكثر عرضة للإصابة ببعض المضاعفات كالقدم السكري، القصور الكلوي، أمراض القلب، فقدان الرؤية... الخ، ويزيد الأمر تعقيدا في حال غياب الحمية الغذائية، المتابعة الطبية الدورية، لأن التفاعل بين الطبيب والمريض والأخصائي النفساني ينهي الوعي الصحي وكذا الثقافة الصحية لدى المريض.

توصلنا من خلال نتائج الدراسة السيكو مترية أن مستوى الرفاهية النفسية (الشعور بالطمأنينة، تقبل الذات، العلاقات الإيجابية مع الآخرين، التمكن البيئي، تحقيق الذات) تسهم بدرجة مقبولة في

التنبؤ بالاتزان والتنظيم الانفعالي لدى مرضى السكري بولاية تيسمسيلت، على غرار المرونة النفسية التي لم تحقق الغرض من ذلك، ما أدى بالطالب الى اجراء دراسة عيادية معمقة من خلال شبكة مقابلة مع حالتين للبحث أكثر عن بعض العوامل النفسية الكامنة لدى مرضى السكري، والتي أسفرت في القصور لكل من التنظيم الانفعالي والمرونة النفسية والرفاه النفسي، وبينت نتائجها أن هناك فعلا عوامل نفسية دينامية كامنة وراء مرض السكري تسهم في قصور المتغيرات الثلاث السابقة الذكر لدى مرضى السكري بولاية تيسمسيلت، والمتمثلة في (كبت المشاعر والانفعالات، صعوبة التحكم في الانفعالات وإدارة المشاعر السلبية، سوء التكيف النفسي مع المرض، ثقافة المجتمع المرضية التي يتبناها المريض، القلق النفسي، عدم التقبل).

وبالتالي فان الأفكار والمشاعر السلبية التي يتلقاها الشخص يوميا سواء في أسرته أو مجتمعه، عمله... الخ، ولم يتقبلها ولا يستطيع تجاوزها ومحاربتها فإنها تبقى متشبثة بداخله، مما يفرز العقل من خلالها هرمونات تجعله يشعر بالحزن والأسى والغضب والانفعال والقلق، وتصبح تغذي أنسجة الجسم ليعبر عنها عن طريق أعراض جسدية تعكس توافقه وتوازنه النفسي، على عكس المشاعر الإيجابية التي يفرز العقل من خلالها هرمونات تجعله يشعر بالفرح والسعادة والراحة النفسية تعكس تكيفه الإيجابي اتجاه مرضه الذي يظهر من خلال (المتابعة الطبية والنفسية المنتظمة، اتباع الحمية الغذائية، الرياضة ... الخ).

وفي الأخير يمكن القول إن أي خلل أو اضطراب على مستوى التنظيم الشعوري والانفعالي خاصة اتجاه المواقف، هو الذي يعكس عدم المرونة النفسية والرفاه النفسي لدى المريض، لذا فان مستوى التنظيم الانفعالي يتطلب مستويات عالية من المرونة والرفاه النفسي كي يستطيع المريض أن يتكيف مع المواقف الاجتماعية بصورة إيجابية.

التوصيات العلمية والعملية:

على ضوء النتائج السابقة تم الخروج بمجموعة من التوصيات التالية:

- ضرورة الاهتمام بفئة مرضى السكري من الناحية النفسية وخاصة الإيجابية للتخفيف من الانفعالات والمشاعر السلبية المصاحبة لمرض السكري.
- زيادة توظيف الأخصائيين النفسيين وأخصائيي التربية العلاجية في مصالحي الأمراض المزمنة، لأنهم بحاجة ماسة الى من يصغي إليهم ويساعدهم في التكفل الجيد مع مرضى السكري.
- ضرورة تكثيف الملتقيات والأيام التحسيسية لتوعية مرضى السكري بمخاطر مضاعفات السكري مع كيفية التخفيف منها، من خلال تقديم نصائح من طرف المختصين في المجال الطبي والنفسي.
- على المختصين في المجال الطبي توعية المرضى بأن العلاج الدوائي وحده غير كافي ولا يكتمل الا بالعلاج النفسي.
- توعية المرضى بأهمية تنظيم الانفعال من خلال استخدام استراتيجيات تكيفية ومفيدة في مواجهة المواقف اليومية.
- ضرورة الاهتمام بالجانب الإيجابي للمرضى من خلال بناء برامج علاجية تساهم في تعزيز قصور المرونة النفسية والرفاه النفسي لدى مرضى السكري.
- التوعية من خلال وسائل الاعلام على أهمية الجانب النفسي الإيجابي لمرضى السكري باعتباره عامل مهم في الوقاية والتخفيف من أثار الانفعالات والقلق، والمشاعر السلبية المصاحبة للمرض.
- ضرورة توعية المرضى من خطر تناول بعض المكملات والأعشاب والتوقف عن الدواء دون استشارة طبية، فهذا قد يعرض حياته الى الخطر وحتى الوفاة.
- ضرورة التأكيد في المناهج الدراسية الجامعية على تدريس الطلاب في مجال علم النفس مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية كتخصص قائم بذاته، وهذا نظرا لزيادة انتشار الأمراض المزمنة.

مواضيع مقترحة:

على ضوء النتائج السابقة يقترح الطالب بعض المواضيع لمزيد من البحث فيما في دراسات أخرى:

- استخدام التدخلات الارشادية والعلاجية لتعزيز المرونة النفسية والرفاه النفسي لدى مرضى السكري.
- فعالية برنامج علاجي جماعي لتخفيف المشاعر السلبية لدى الراشد المصاب بالسكري النوع الأول.
- أثر استراتيجيات التنظيم الانفعالي (القمع التعبيري، إعادة التقييم المعرفي) على المرونة النفسية لدى الراشد المصاب بمرض مزمن.
- دراسة العلاقة الارتباطية بين متغيري المرونة النفسية والتنظيم الانفعالي لدى عينات أخرى من المجتمع.
- فعالية برنامج ارشادي ديني في تنمية السلوك الصحي لدى ذوي الأمراض المزمنة " السكري وارتفاع الضغط الدموي أنموذجا".
- دراسة اكلينيكية لذوي قصور التنظيم الانفعالي والمرونة النفسية باستخدام أدوات اكلينيكية أخرى مثل " اختبار الرورشاخ".
- فعالية العلاج بالحجامة في التخفيف من حدة أعراض نوبة الهلع لدى ذوي الضغط ما بعد الصدمة.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المراجع:

أبو حلاوة، محمد السعيد (2013). المرونة النفسية؛ محدداتها وقيمتها الوقائية، الاسكندرية، اصدارات مؤسسة العلوم النفسية العربية، اصدار (02)، ص: 11 – 17.

أبو حلاوة، محمد السعيد (2021). تنظيم الانفعال: مفهومه، استراتيجياته.

احصائيات وزارة الصحة. (04 02, 2022). تاريخ الاسترداد 08، 02، 2023، من

<http://www.horisons.dzm>

أسليم، يوسف فهيم (2017). التفكير الايجابي وعلاقته بالتنظيم الانفعالي لدى عينة من خريجي الجامعات الفلسطينية، كلية التربية، الجامعة الاسلامية غزة، رسالة ماجستير منشوراه.

آيت أعراب، صبرينة و زناد، دليلة (2020). أثر استراتيجيات التنظيم الانفعالي على نوعية الحياة لدى

المصابات بسرطان الثدي وأزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي دراسة ثنائية الأثر " فاعل –

شريك"، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، ع (1)، م (5)، ص 506-526.

الأحمدي، أنس سليم (2007). حدود المرونة بين الثوابت والمتغيرات، مؤسسة الأمة للنشر والتوزيع، الرياض- جدة.

البشار، دنيا احمد ومقابلة، نصر يوسف (2020). المرونة النفسية وعلاقتها بالالتزام الأكاديمي لدى

طلبة جامعة اليرموك، مجلة الجامعة الاسلامية للدراسات التربوية والنفسية، ع (05)، م (28)،

ص: 764 – 789.

الحاج سليمان، فاطمة الزهراء (2021). محاضرات في علم النفس العيادي – المنهج العيادي ودراسة

الحالة – السنة الثالثة ليسانس علم النفس العيادي.

الحملاوي، منال منصور علي (2019). أساليب مواجهة الضغوط كمتغير وسيط بين رأس المال النفسي

والرفاه النفسي للمعلمين، مجلة دراسات نفسية، ع (02)، م (29)، ص 218 – 308.

الخميس، عواطف عبد الله وطنوس (2018). مستوى المرونة النفسية وعلاقتها بالضغط النفسي لدى عينات من طالبات السنة أولى تحضيرية بجامعة الجوف، المجلة التربوية الأردنية، ع (03)، م (04)، ص: 85 – 109.

الدليل التشخيصي الاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية " DSM- 4 , 12 " الزهراني، أحلام علي أحمد (2020). الرفاهية النفسية وعلاقتها بإدارة الذات لدى عينة من الطالبات ذوات الاعاقة، مجلة الملك عبد العزيز، جامعة الملك عبد العزيز، ع (14)، م (27)، ص 219 – 244.

الصبوة، محمد نجيب أحمد (2010). دور علم النفس الإيجابي في تفعيل إجراءات الوقاية والعلاج النفسي، مجلة دراسات عربية في علم النفس، مج (09)، ع (01)، ص 01 – 25. العاتي، جلييلة؛ الباجي، شيراز؛ القايجي، صادق؛ فرحات، أمينة؛ الشريف، سامية؛ حداد، سميرة (2004). السلوك الغذائي في المجتمع التونسي: وضع استبانة تكرار تناول الغذاء وتصحيحها واثبات فعاليتها اعادتها، المجلة العربية والغذائية (11)، ص 10-30.

العاسمي، رياض (2018). التنظيم الانفعالي وعلاقته بالمرونة النفسية من طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة السويداء، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة الأدب والعلوم الانسانية، المجلد (40) العدد 03.

الغزو، أحمد، وفراس قريطع (2018). المرونة النفسية وعلاقتها بالتوافق الزوجي لدى الطالبات المتزوجات، المجلة العالمية للبحوث التربوية والنفسية، جامعة اليرموك – المملكة الأردنية الهاشمية، العدد الأول، 2018.

القاموس الكبير للطب " La Rouse Médicale , Edition Original 2003 "

القرامسة، دانا حامد بديع (2019). المرونة النفسية وعلاقتها بالاهتمام الأسري لدى طلبة كلية معان الجامعية، رسالة ماجستير منشوراه جامعة مؤتة كلية الدراسات العليا الأردن.

- القصابي، خليفة بن أحمد بن حميد (2021). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالمرونة النفسية لدى الطلبة ذوي الاعاقة البصرية، مجلة العلوم التربوية والنفسية، ع (02)، م (05)، ص 116 – 135.
- القللي، محمد السيد (2016). البنية العاملية للنسخة الامريكية لمقياس المرونة النفسية في البيئة المصرية، دراسة سيكو مترية على عينة من طلاب الجامعة، المجلة الدولية للعلوم التربوية والنفسية.
- الهاشمية، سعادة بنت عيدين خلفان (2017). المرونة النفسية وعلاقتها بمهرات التواصل والصحة النفسية لدى عينة من طلبة جامعة نزوة بسلطنة عمان في ضوء بعض المتغيرات، رسالة ماجستير منشوراه في التربية، تخصص ارشاد وتوجيه.
- بوحجار، سناء وتاوريرت، نور الدين (2017). الجلد كمفهوم محوري في علم النفس العيادي، مجلة علوم الانسان والمجتمع، العدد (23)، ص 285 – 309.
- بورنان، سامية (2022). مستوى المرونة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول بمستشفى الزهراوي- المسيلة، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، ع(2)، م (7)، ص 1206 – 1235.
- بن حديد، سمية (2015). المرونة النفسية وعلاقتها بالإدراكات المتبادلة بين الزوجين نحو أبعاد الحياة الأسرية – دراسة ميدانية لأستاذات ولاية غرداية وأزواجهن -، رسالة ماجستير منشوراه.
- بن قويدر، أمينة وكركوش، فتيحة. (2018). دور الضبط الانفعالي في الصحة والمرض، مجلة حقائق الدراسات النفسية والاجتماعية، جامعة دمشق. العدد 10. ص ص: 257-263.
- بوقفة، ايمان (2019). المرونة النفسية والقلق – دراسة ميدانية حسب منحى العلاج بالتقبل والالتزام على طلبة جامعة باتنة-، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية جامعة باتنة 1، ع (01)، م(21)، ص: 465 – 488.

تركي، أمال وفاضيبي، أحمد (2021). نوعية الحياة لدى مرضى السكري وعلاقتها بنوع السكري وبعض المتغيرات السوسيوديمغرافية (الجنس - السن)، مجلة العلوم النفسية والتربوية الجزائرية: جامعة الواد، (2)7، 344-359.

جاسم، محمد عبد الله محمد المرزوقي (2008). الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر (السكر)، ط1، العلم والايمان للنشر والتوزيع.

حربوش، سميرة (2008). المهارات الاجتماعية وعلاقتها بتقبل داء السكري، مذكرة ماجستير منشوراه في علم النفس العيادي، جامعة الحاج لخضر باتنة.

حمادة لؤلؤة، وعبد اللطيف حسن (2002). الصلابة النفسية والرغبة في التحكم لدى طلاب الجامعة، مجلة الدراسات النفسية، م (12)، ع (02).

حمد الله، ولاء وائل (2020). التنظيم الانفعالي لدى مديري المدارس الخاصة في عمان وعلاقته بدرجة ممارسة السلوك الاداري الغير المرغوب من وجهة نظر المعلمين، كلية العلوم التربوية، جامعة الشرق الأوسط عمان، رسالة ماجستير منشوراه.

حنيشات، أم الخير وصالي، محمد (2021). أهم العوامل الديموغرافية المفسرة لانتشار الامراض المزمنة عند كبار السن في الجزائر بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات "Mics4"، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، ع (4)، م (13)، ص 137 – 148.

حيدر، يعقوب (2011). التنظيم الانفعالي للطلبة المتميزين في محافظة ديالي، المجلس العربي للموهوبين والتفوقين، المؤتمر العلمي العربي الثامن لرعاية الموهوبين والمتفوقين، العراق.

خرنوب، فتون (2016). الرفاهية النفسية وعلاقتها بالذكاء الانفعالي والتفاؤل، مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، جامعة البليدة. العدد 01. ص ص: 218-242.

خلدون، حسان (2021). ماهية الصلابة النفسية وأهميتها. المرسال، استرجعت بتاريخ: 07/03/2022،

- خوري، نسرين (2019). الرفاه النفسي لدى مرتفعي ومنخفضي الشعور بالوحدة النفسية من المتقاعدين المصابين بارتفاع ضغط الدم، رسالة دكتوراه منشورة، جامعة محمد مين دباغين سطيف - 2 - الجزائر.
- خوري، نسرين ولحسن، بوعبدالله (2019). الرفاه النفسي عند المتقاعدين المصابين بالأمراض المزمنة، مجلة تنمية الموارد البشرية، م (01). ع (14)، ص: 71 - 82.
- رزان، زهدي كمال مرعي (2019). التنظيم الانفعالي وعلاقته بالقلق لدى طلبة جامعتي الاستقلال والقدس، رسالة ماجستير في الصحة النفسية، جامعتي الاستقلال والقدس.
- رشا، محمد عبد الرحمن والعزب، محمد أشرف (2021). التنبؤ بالمرونة النفسية لدى طلبة المرحلة الجامعية في ضوء بعض المتغيرات، دراسة على عينة من طلبة جامعة عجمان - الإمارات العربية المتحدة، المجلة التربوية، م (1)، ع (84)، ص 258-300.
- رويحة، أمين (2008). السكر (أسبابه، أعراضه، طرق مكافحته)، ط1، دار القلم بيروت.
- ريحاني، الزهرة (2019). مصادر الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها، دراسة مقارنة على عينة من المصابين بمرض مزمن، أطروحة دكتوراه منشورة في علم النفس، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- سايل، حدة وحيدة وبن نوار، يوسري (2017). التربية المعاصرة من منظور علم النفس الإيجابي" مفاهيم وتطبيقات في المراحل التعليمية لتحقيق الرفاهية للأطفال"، مجلة دراسات الجامعة، الأغواط، الجزائر، ع (54)، 43 - 54.
- سوزان، صدقه بسيوني. (2018). استراتيجيات التنظيم الانفعالي وعلاقتها بالقدرة على حل المشكلات لدى الطالبات الموهوبات في مدينة جدة، مجلة جامعة الملك عبد العزيز، العدد 04. ص: 51 -

سيكامانيا، ناصر بن راشد الغداني سراج عبد الله (2021). الرفاهية النفسية لدى مرضى السكري في سلطنة عمان وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة العلوم التربوية والنفسية، ع (15)، م (05)، ص 126 – 147.

شقورة، يحي (2012). المرونة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية، مذكرة ماجستير في علم النفس، جامعة الأزهر- غزة.

طشطوش، رامي وقشار، محمد (2017). نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الأردن، المجلة الدولية للبحث في التربية وعلم النفس 4 (1) ، 139-165.

طه، الدروبي (2014). كيف تحلل شخصية جليبيك، ط1، مؤسسة بوسحابة للطباعة والنشر، مصر. عايش، مقبل مرفت عبد ربه (2010). التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرضى السكري، رسالة ماجستير منشوراه في علم النفس، جامعة محمد خيضر – بسكرة.

عبد الله السويلم، سارة سليمان (2019). الرفاهية النفسية لدى عينة من طالبات جامعات الحدود الشمالية في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية، مجلة البحث العلمي في التربية، جامعة الملك عبد العزيز. العدد 20. ص ص: 503-533.

عبيد، رمله جبار وخلف، دعاء عدنان ورضا، رهام علي وغريب، رباب حسين (2016). المرونة النفسية لدى طلبة كلية التربية، مذكرة ماجستير في الارشاد النفسي والتربوي جامعة القادسية. عز الدين، زينب (2006). مضاعفات داء السكري وكيفية الوقاية منه، منتدى مركز الأسهم – السعودية.

عفانة، محمد جاسر زكي (2018). التنظيم الانفعالي وعلاقته بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بمحافظات غزة، كلية التربية، رسالة ماجستير منشوراه.

غياث، بوفلجة. (2020). دور الرفاه النفسي في تدعيم الحصانة النفسية والجسدية لمواجهة وباء كورونا كوفيد19، المجلة الدولية للدراسات النفسية والتربوية، جامعة وهران. العدد 10. ص 285-305.

عطا الله، مصطفى خليل محمود وعبد الصمد، فضل إبراهيم (2013). علم النفس الإيجابي وتأثيره في الممارسات والخدمات النفسية" رؤية مستقبلية لدوره في التدخلات العلاجية"، مجلة البحث في التربية وعلم النفس.

فهاد المري، سلوى (2018). الخصائص السيكومترية لمقياس الرفاه النفسي لدى الإناث المصابات بأمراض مزمنة، المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية، ع (2)، م (5)، ص 339-370.

قرمان، لينا عبود كمال (2016). العلاقة بين مستوى تنظيم الانفعالات ومستوى الغضب لدى طلبة المرحلة الاعدادية في منطقة حيفا، كلية العلوم التربوية والنفسية، الجامعة العربية عمان، رسالة ماجستير منشوراه.

ليونارد، جاكوت (1993). علم الأدوية، ط، دار المعرفة - دمشق.

لوبيز، شين وسنايدر، ك (2013). القياس في علم النفس الإيجابي " نماذج ومقاييس"، ترجمة صفاء الأعر (المركز القومي للترجمة)، الجزيرة- القاهرة.

مانع، راشد والعجمي، راشد وفلاح، أمل والهملان، فهد (2021). التنظيم الانفعالي والكفاءة الأكاديمية كمؤشر تنبؤي لدى عينة من طلبة المرحلة الثانوية في محافظة الأحمدية بدولة الكويت، مجلة أكاديمية شمال أوروبا المحكمة، الدنمارك، ع (11)، ص: 141 - 168.

مباركي، خديجة (2016). أنماط التعلق لدى طلبة الجامعة وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية، أطروحة دكتوراه منشوراه في علم النفس " صحة نفسية"، جامعة عمار ثليجي الأغواط.

محمد كمال، محمد حمدان (2010). الاتزان الانفعالي والقدرة على اتخاذ القرارات لدى ضباط الشرطة الفلسطينية، رسالة ماجستير في علم النفس - إرشاد نفسي -، الجامعة الإسلامية، غزة.

- مخيمر، عماد (1996). إدراك القبول، الرفض الوالدي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى طلاب الجامعة، مجلة الدراسات النفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين، ج2، القاهرة- مصر.
- مرعي، زهدي كمال (2019). التنظيم الانفعالي وعلاقته بالقلق لدى طلبة جامعتي الاستقلال والقدس بمحافظة غزة، كلية التربية، رسالة ماجستير منشوراه.
- معالم، صالح (2017). محاضرات في الأمراض النفس جسدية، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية.
- نوار، شهرزاد وزكري نرجس (2016). الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري، مجلة العلوم النفسية والتربوية، ع (2)، م (2)، ص 85-108.
- معمرية، بشير (2021). علم النفس الإيجابي اتجاه جديد لدراسة القوى والفضائل الإنسانية، دراسات نفسية في علم النفس الإيجابي، جامعة الحاج لخضر – باتنة.
- نوف، علي آل سليمان (2008). العوامل الغذائية والصحية المرتبطة بالإصابة بالأمراض المزمنة لدى السيدات السعوديات بمدينة جدة، رسالة ماجستير منشوراه، جامعة، قسم التغذية والأطعمة جامعة الملك عبد العزيز جدة.
- هويده، اسماعيل ابراهيم (2018). المرونة النفسية وعلاقتها باليقظة الذهنية لدى تدريسي كلية التربية البدنية والعلوم الرياضية، مجلة الرياضة المعاصرة، ع (02)، م (17)، ص:
- <https://worldofculture2020.com> اطلع يوم : 13 / 03 / 2021 ، 10 سا- 30 د.
- Aldao, A; Nolen-Hoeksema, S; Schweitzer, S (2010). **Emotion regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review**, Clin. Psychol. Rev. 30, 217–237. Doi : 10.1016/j.cpr.2009.11.004.
- Al- Ibrahimy, A, S. & Al-Tukmagi, H, F (2017). **Assessing Quality of Life among patients with diabetes Melitus, Hypertension or both diseases in Al Najaf province /Iraq**. Iraqi, J pharmacy, vol.26(2), 29-40.

- Anne, Josée Guimond (2019). **Le rôle de la régulation émotionnelle dans l'adaptation psychologique au cancer**, thèse de doctorat en psychologie, recherche et intervention (orientation clinique), université Québec, Canada.
- American psychological association (APA) (2002). **The road to resilience**, First street, Ne, Washington.
- André, M Grimaldi (2005). **Guide pratique du diabète**, 3eme édition – Paris.
- American diabetes Association (ADA) (2001). **report of the expert committee on the diagnostic and classification of the diabetes mellites**.
- Baldwins (2011). **Le diabète** (les chefs pour le soigner, service promotion de la sante 3eme édition, p : 11.
- Bujor, L and Turtiuc, M.N (2014). **Personality, Family Correlates and Emotion Regulation as Wellbeing Predictors**, V (159). p:142-146.
- Catherine, belzung (2007). **Biologie des émotions : Neurosciences et cognition, biologie thèque nationale**, Paris, ISSN1374-0903.
- Christophe, V., Antoine P., Leroy T., Delelis G (2009). **Evaluation de deux stratégies de régulation émotionnelle** : La suppression et la réévaluation cognitive, revue européenne de psychologie appliquée, 59(2009), 59 – 65.
- Connor, K.M; Davidson, J.R.T(2003). **Development of a new resilience scale (CDRS)**, depress Anxiety, 18(2), 76-83.
- Ciarrochi, B; Godsell (2010). **Psychological flexibility as a mechanism of change in acceptance and commitment therapy** Okland, C.A: context press/new harbinger.
- Desireé, R.A; Leehu.Z; Ernesto G-L; Ana M.C.G; María, A.B; Mencía.R. G (2018). **Emotional abilities and HbA1c levels in patients with type 1 diabetes**, Psych neuroendocrinology 93 (2018) 118–123.

- Esti, H.P (2017). **Personality and Emotion Regulation Strategies**, Int. J. of Psych. Res, Vol. 10 (1) 53-60 2017, DOI 10.21500/20112084.2040.
- Evangelos, C. K; Georgia, D; Emmanouil, P; Georgia, K; Argyro, R; Irini G; George B; Prodromas,S; Vasileios, M and Panagiotis,S (2018). **Emotion regulation contributes to the well-being of patients with autoimmune diseases through illness-related emotions: A prospective study**, Journal of Health Psychology 1– 10. DOI: 10.1177/1359105318787010.
- Ed Diener, Micaela Y. Chan (2011). **Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity**, health and well- being, V(3), I(1),P: 1-43.
<https://doi.org/10.1111/j>.
- Emilie, P ; Geoffroy, R (2019). **Vécu de la maladie et ressenti des patients diabétiques de type 2 suivis par le dispositif ASALEE : une étude qualitative**. Médecine humaine et pathologie. 2019. ffdumas-02000623.
- Farra, A.R ; Putri,T; Fitria,D.R; Rahmania,M (2020). **Emotion regulation and psychological well- being in patient with diabetes mellitus**, international journal of innovative science and research technology, (05). (08). No: 2456- 2156.
- Fredrickson, B; Tugade, M (2004). **Resilient Individuals use positive emotions to bounce backform negative emotional experiences**, Journal of personality and social psychology, 86(02), 320- 333.
- Gross, James, and Thompson,R.A (2007). **Emotion regulation: Conceptual foundations**. **European psychologist**, 10 (03):209 – 217.
- Gratz, K.L; Romer L (2004). **Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the**

- difficulties in emotion regulation scale**, journal of psychopathology and behavioral assessment, 26(1),41-54.
- Gross, James (1998). **The emerging field of emotion regulation: an interrogative review of general psychology**, 02 (03) 271 – 276.
- Gross, James (1999). **Emotion regulation; past, present, future, cognition and emotion**, 13 (05) 551 – 573.
- Gross, James (2002). **Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequence, psycho-physiology**, (39), 281-291.
- Gross, James and John, Oliver (2003). **Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being**. Journal of Personality and Social Psychology, **85**, 348–362.
- Gratz, L and Roemer, L (2004). **Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale**, journal of psychopathology and behavioral assessment, 26 (1), 41 – 54.
- Hu,T; Dajun, Z; Jinliang,W; Ritesh, Mistry; Guangming, R; Xinjiang Wang (2014). **Relation between emotion regulation and mental health: a meta-analysis review**, pub medical, 114(2): 41-62, doi: 10.2466/03.20.PR0.114k22w4.
- Joyce, P. F; Marisa, H; Katherine, C; Korey K. H (2012). **The Impact of Positive Psychology on Diabetes Outcomes: A Review**, Psychology. Vol.3, No.12A, 1116-1124.
- Joyce, P; Peter, P. V; Ronald E. S; Jean, C; and Katie W (2008). **The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes**, British Journal of Health Psychology (2008), 13, 311–325.

- Julia,K.B; Claudia,T; Mika, K; Laura, D, Kubzansky (2015). **The prospective association between positive psychological well-being and diabetes**, Health Psychol. 2015 Oct;34(10):1013-21,doi: 10.1037/hea0000200.
- Katana, M. Rock, C; Spain, S.M; Allemand, M. (2019). **Emotion regulation, subjective well-being, and perceived stress in daily life of geriatric nurses**. Frontiers in psychology. Volume 10: 1-11. Doi: 10.3389/fpsyg.2019.01097.
- kuzuya, Nakagawa; Satoh, J (2001). **report of the committec, on the classification and diagnostic of diabetes mellites**, diabetes recherche and clinical pratique.
- Kristoffer, S. Berlin; Mary E. Keenan; Jessica Cook; Rachel L. Ankney; Kimberly L. Klages; Katherine Semenkovich; Tiffany M. Rybak; Gabrielle G. Banks; Ramin Alemzadeh; & Angelica R. Eddington (2021). **Measuring Psychological Flexibility in Youth with Type 1 Diabetes**, The University of Memphis, Psychology Building, Department of Psychology, 400 Innovation Drive, Memphis, TN 38152. doi: 10.1111/pedi.13110.
- Lisa, K. Meredith; Sherburne, Hans and Others (2011). **Promoting psychological Resilience in the U.S. Military**, Center for Military Health policy Research, Rand Corporation, Santa, Monica, U.S.A.
- Linda, Reynolds's; Jeffrey, O'Kane's; Eros Papademetriou; Sylvia Szczygiel's (2004). **Stress and Somatic Complaints in Low-Income Urban Adolescents**, Journal of Youth and Adolescence 30(4):499-514, DOI:10.1023/A:1010401417828.
- Lazars, sophire; Emil, Cuccaro; Joshua, Joseph; Kathline, Wayne; Tina dross's; Luis, Phillipson, and Mary Groot (2020). **Emotional regulation and diabetes distress in adults with type 1 and type 2 diabetes**, <http://doi.org/10.2327/dc 20-1059>.
- Mckenna, M and Collins, J (2010). **Current Issues and challenges in chronic disease control**, in; Remington pl, Brownson R, Wegner MV (eds) chronic diseases

epidemiology and control, 3rd Edition, American public Health; in personality, 43: 374 – 385.

Maylis, S (2021). **Perceptions et émotions de patients diabétiques de type 2 Concernant leur diabète pendant le premier confinement : N'ethnographie de groupes de discussion Facebook**, Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine Année 2021 – Thèse numéro 15.

Nawaz, A.; &Azra, A (2014). **Relationship between resilience and quality of life in diabetics**. Journal of the college of physicians and surgeons, Pakistan, Vol 24(9), 670-675.

Niangoran A.A.E; Coulibaly S. & Kouame, N (2022). **Effets de L'activité Physique sur la Qualité de vie des Diabétiques de Type 2 suivis au Centre Antidiabétique d'Abidjan (CADA)**. European Scientific Journal, ESJ, 18 (30), 46.

OMS, (2023). Consulté le 02 08, 2023, sur <http://Halmasdar.dz.com>.

Ong, Anthony; Bergeman, C; Toni, Bisconti; Kimberly, Wallace(2006). **Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life**, pub medical, 91(4): 30-49.doi: 10.1037/0022-3514.91.4.730.

Prachi, S; Akanksha,D; Rakesh,P (2011). **Role of emotion regulation difficulties in Predicting mental health and well-being**. Mental- Health, 18(2011), 147 - 155.

Ryff, C; lee, C; Keyes, M (1995) .**The structure of psychological wellbeing revisited, journal of personality and social psychology**, university of Wisconsin Madison. 69 (4), 719–727.

Ryff, C. Singer. (2008). **Know they self and become what you are: Eudaimonia Approach to psychological well-being**, Journal of happiness studies, 9, 13.

- Rutter, M (2008). **Developing concepts in developmental psychopathology and wellness, Genetic and environmental influences**, Washington; American psychiatric publishing.
- Richard, and others (1995). **guide to diabetes**, A program for management your treatment, New York A first book.
- Safer, T ; Semrouni, M. &Abrouche, Z (2016). **Epémiologie du diabétesucré**. Elhakim revue médicale algérienne de l'omnipraticien, 5-97.
- Snyder, D.K; Simpson, J.A, and Hughes, J.N (2006). **Emotion regulation in couples and families- pathways to dysfunction and health**, American psychological association, Washington de (USA).
- Simon, D (2016). **Epémiologie du diabéte**. EMC. Endocrinologie nutrition, 13(4) ,10-366-B-10.
- Todd, B Kashdan; Jonathan, Rottenberg (2010). **Psychological flexibility as a fundamental aspect of health**, Clin Psychol Rev, N,30(7): 65-78. doi: 10.1016/j.cpr.2010.03.001.
- Seligman, M; Csikszentmihalyi, M (2000). **Positive psychology** : An Introduction American psychologue,55, 07-14.
- Tiffany, M.P.W; Paul, Poirier; Lora, Burke; Jean-Pierre, Després; Gordon-Larsen; Carl, Lavie; Scott, Lear; Chiadi, Ndumele; Ian, Neeland; Prashanthan Sanders; M-Pierre St-Onge (2021). **Obesity and Cardiovascular Disease: A Scientific Statement from the American Heart Association**, Pub medical 25;143(21) doi: 10.1161/CIR.0000000000000973.
- Ungar, M (2004). **Nurturing Hidden silence in troubled youth Toronto**, Qc: University Toronto.

Webb, T. L; Miles, E; Sheeran, P (2012). **Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation.** Psychol. Bull. 138, 775–808. doi: 10.1037/a0027600.

Werner, K; Gross, James. J (2010). **Emotion regulation and psychopathology: A conceptual Framework.** In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), Emotion regulation and psychopathology - A Trans diagnostic approach to etiology and treatment (13-37). New York: Guildford Press.

Yoichi, Chida& Andrew, Steptoe (2008). **Positive psychological well-being and mortality:** A quantitative review of prospective observational studies, psychosomatic medicine, 70(7):41-56.

قائمة

الملاحق

تعليمية الاستبيان:

سيدي (تي):

نضع بين أيديكم هذا الاستبيان الذي يبين وجهة نظرك حول بعض الفقرات المتعلقة بداء السكري.

نرجو منك (ي) قراءة كل عبارة بدقة والاجابة عنها بكل أمانة وصدق، علما أنه ليست هناك اجابة صحيحة وأخرى خاطئة، فالإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن رأيك (ي) الشخصي وما تشعر به فعلا حول داء السكري.

لذا يرجى عدم ترك أية فقرة دون اجابة، واختيار بديل واحد فقط من بين الاختيارات لكل فقرة بوضع علامة (/) أسفل البديل الذي يكون متوافقا مع رأيك.

كما نعلمك سيدي (ي) أن اجابتك سوف تخضع للسرية التامة ولا يطلع عليها الا الباحث، والتي تستخدم لغرض البحث العلمي فقط.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

الطالب : علي مراح

البيانات الشخصية:

<input type="checkbox"/>	أنثى:	<input type="checkbox"/>	ذكر:	<input type="checkbox"/>	الجنس:
				<input type="text"/>	العمر:
		<input type="text"/>			مدة التشخيص بمرض السكري:
<input type="checkbox"/>	النوع 2 (الغير الخاضع للأنسولين):	<input type="checkbox"/>	النوع 1 (الخاضع للأنسولين):		نوع السكري:

الملحق رقم (01):

مقياس المرونة النفسية " Scale Psychological Flexibility " هو مقياس أعدده كل من:

(Mary E. Keenan, Jessica Cook, Med Kristofer S. berlin, and al, ،2022)

في نسخته الأصلية باللغة الإنجليزية، وتم ترجمته الى النسخة العربية من قبل الباحث، 2023.

1. النسخة الأصلية:

N:	Paragraphs
01	I try to avoid reminders of my diabetes.
02	I have thoughts and feelings about being diabetic that are distressing.
03	I do not take care of my diabetes because it reminds me that I have diabetes.
04	When I have an Upsetting feeling or thought about my diabetes, I try to get rid of that feeling or thought.
05	I avoid taking or forget to take my medication because it reminds me that I have diabetes.
06	I avoid stress or to get rid of it by eating what know I shouldn't eat.
07	I often deny to myself what diabetes can do to my body.
08	I don't exercise regularly because it reminds me that I have diabetes.
09	I avoid thinking about what diabetes can do to me.

الفقرات	ليس صحيحا	نادرا جدا ما يكون صحيحا	نادرا ما يكون صحيحا	صحيح في بعض الأحيان	صحيح عادة	صحيح في معظم الأحيان	دائما صحيح
01							أحاول تجنب ما يذكرني بمرض السكري.
02							لدي أفكار سلبية بشأن إصابتي بمرض السكري.
03							لدي مشاعر مؤلمة بشأن إصابتي بمرض السكري.
04							أتجنب زيارة الطبيب لأنه يذكرني بأنني مصاب بالسكري.
05							أحاول التخلص من كل شعور مزعج حول مرض السكري.
06							أتجنب تناول الدواء أو أنسى تناوله لأنه يذكرني بأنني مصاب بداء السكري.
07							أتجنب المواقف التي تثير التوتر بتناول ما لا أعرف أن آكله.
08							غالبًا ما أتجاهل ما يمكن أن يفعله مرض السكري بجسدي.
09							لا أمارس الرياضة بانتظام لأنها تذكرني بأنني مصاب بمرض السكري.
10							أغير ما كنت أفكر فيه حول مرض السكري، للتقليل من الانفعالات السلبية (كالحزن والغضب).

مقياس الرفاه النفسي " Scale psychological Well-being " هو مقياس أعده: (Carol Ryff, 1995) في نسخته الأصلية باللغة الإنجليزية، وتم ترجمة من قبل: (سلوى، فهاد المري: 2018).

لا تنطبق أبدا	تنطبق نادرا	تنطبق أحيانا	تنطبق غالبا	تنطبق دائما	الفقرات
					01 لا تتأثر قرارتي عادة بما يفعله الآخرون.
					02 لدي ثقة في وجهة نظري، حتى ولو كانت تختلف عن وجهات نظر الآخرين.
					03 أقلق بخصوص ما يعتقد الآخرون حولي.
					04 أغير رأيي حول القرارات التي لا تتوافق مع آراء من حولي (أصدقائي، أهلي أو زملائي).
					05 سعادتي مع نفسي هي أكثر أهمية بالنسبة لي من موافقة الآخرين على أفعالي.
					06 أجد صعوبة في التعبير عن آرائي المتعلقة بالأمور المثيرة للنقاش.
					07 أميل للتأثر بالناس فيما يتعلق بالآراء أو القضايا التي تواجههم.
					08 أعبر عن آرائي، حتى وان كانت معارضة لآراء معظم الناس.
					09 أهتم عموما برعاية شؤوني المالية والشخصية.
					10 أتحصل على مطالبي في الحياة اليومية بسهولة.
					11 ليس لدي اهتمام بالأنشطة التي من شأنها توسيع أفاقي.
					12 عندما أفكر في أمري، أعتقد أنني لم أحسن كثيرا كشخص على مر السنوات.

الملاحق

					13	أعتقد أن التجارب الجديدة طريقة تحدي مهمة لتغيير ما كنت أفكر به عن نفسي.
					14	لا أستمتع بالمواقف الجديدة التي تتطلب مني تغيير الطرق المألوفة القديمة عند القيام بمهام ما.
					15	تخلت عن تجريب عدة أشياء جديدة في حياتي لأنني على ما يرام.
					16	ليس لدي الكثير من الناس الذين يرغبون في الاستماع لي عندما أرغب في الحديث معهم.
					17	غالبًا ما أشعر بالوحدة لأن لدي عدد قليل من الأصدقاء المقربين الذين أشاركهم اهتماماتي.
					18	يبدو لي أن معظم الناس لديهم أصدقاء أكثر مني.
					19	الحفاظ على علاقات وثيقة هو أمر صعب ومحبط بالنسبة لي.
					20	لم أطور العديد من العلاقات الحميمة التي تتسم بالثقة مع الآخرين.
					21	أستمتع بوضع خطط للمستقبل والعمل على تحقيقها في الواقع.
					22	أميل إلى التركيز على الحاضر، لأن المستقبل يقودني دائما إلى المشاكل.
					23	ليس لدي شعور بالسعي إلى تحقيق هدف في الحياة.
					24	أشعر أحيانا أنني قد فعلت كل ما يجب القيام به في الحياة.
					25	اعتدت على وضع أهداف لحياتي، ولكن تبدو لي الآن أنها مضيعة للوقت.
					26	أعيش حياة يوم واحد في وقت واحد ولا يشغلني التفكير في المستقبل.
					27	أنا أحب معظم جوانب شخصيتي.
					28	بشكل عام أشعر بالثقة والإيجابية حول نفسي.
					29	لا أرغب في تغيير الماضي بنجاحاته وتقلباته.
					30	يراودني شعور جيد أنني حصلت على الكثير من فرص الحياة.

مقياس التنظيم الانفعالي " Scale Emotion Regulation " هو مقياس أعدده كل من: (John & Gross, 2003) في نسخته الأصلية باللغة الإنجليزية، وتم ترجمة للنسخة العربية من قبل: (نسرين، البراهمة: 2017).

رقم	الفقرات	لوافق بشدة	لوافق	لوافق أحيانا	محايد	لرفض بشدة	لرفض	لرفض أحيانا
01	عندما أريد أن أشعر بانفعالات ايجابية (كالفرح والبهجة) أغير ما كنت أفكر فيه.							
02	أحتفظ بانفعالاتي لنفسى.							
03	عندما أريد أن أشعر بانفعالات سلبية (كالحزن والغضب) أغير ما كنت أفكر فيه.							
04	عندما أشعر بانفعالات ايجابية أجد صعوبة في التعبير عنها.							
05	عندما أواجه موقفا ضاعطا، أفكر في الطريقة التي تجعلني هادئا.							
06	ألجأ الى عدم التعبير عن انفعالاتي كوسيلة لتنظيمها.							
07	عندما أريد أن أشعر بانفعال أكثر ايجابية، أغير الطريقة التي أفكر بها عن الموقف.							
08	أتحكم في انفعالاتي من خلال تغيير الطريقة التي أفكر بها عن الموقف الذي أكون فيه.							
09	عندما أشعر بانفعالات سلبية أحرص على عدم التعبير عنها.							
10	عندما أريد أن أشعر بانفعالات أقل سلبية، أغير طريقة تفكيري عن ذلك الموقف.							

الملحق رقم (04):

دليل شبكة المقابلة العيادية

* تاريخ المقابلة:

* اللقب:

* الاسم:

* الجنس:

* السن:

* المستوى التعليمي:

* المهنة:

* الحالة الاجتماعية:

* عدد الأولاد:

* تاريخ بداية المرض:

لا نعم

* هل عانيت من أمراض عضوية من قبل؟

➤ متى كان ذلك:

لا نعم

* هل تعرضت الى اصابة أو حادث ما من قبل؟

لا نعم

* هل تعرضت لصدمة فقدان وظيفة أو أحد المقرب

لا نعم

* هل لديك أفراد من العائلة لديهم هذا المرض؟

لا نعم

* هل خضعت لمتابعة طبية داخل المستشفى؟

كم المدة

* كيف أصبت بمرض السكري؟

* هل اكتشفت إصابتك بنفسك أو بعد الفحص الطبي والتحاليل؟

* كيف تلقيت خبر إصابتك بالسكري؟

* كيف بدأت العلاج بالدواء أو بحقنة الأنسولين؟

الملاحق

* هل تناول الدواء كيما يصفه لك طبيبك المعالج؟ نعم لا

هل جربت علاجات أخرى من قبل؟

ماهي؟

* ممكن توضح لي أكثر طريقة متابعتك لمرض السكري؟

* هل عانيت من أمراض نفسية سابقة؟ نعم لا

ماهي الأعراض؟

* هل توجهت الى أخصائي نفسي أو عيادة طبية من قبل؟ نعم لا

* هل تعرضت الى تكفل نفسي بالمستشفى؟ نعم لا

* هل تناولت سابقا أدوية نفسية؟ نعم لا

* هل تحسنت؟ نعم لا

* هل مازلت تتعاطى الأدوية حتى الآن؟ نعم لا

* هل تنام جيدا؟ نعم لا

* هل تشعر بالإرهاق والتعب؟ نعم لا

* هل تشعر بالقلق والازعاج؟ نعم لا

* هل أحسست بفقدان الوزن؟ نعم لا

* هل عندما تشعر بالقلق ينتابك الغثيان؟ نعم لا

هل حياتك الجنسية عادية؟ نعم لا

➤ إذا تغيرت ما الذي تغير فيها؟

* هل أفراد أسرتك على علم بمرضك؟ نعم لا

* كيف كانت ردة فعلهم عندما تلقوا خبر اصابتك بالسكري؟

الملاحق

* هل تغيرت العلاقة بينك وبين عائلتك بعد اصابتك بالسكري؟ نعم لا

➤ إذا تغيرت ما الذي تغير فيها؟

* من هو الشخص الذي تحبه أكثر في العائلة ولماذا؟

* هل يوجد داخل الأسرة فرد لديه مرض نفسي أو عقلي؟ نعم لا

* هل يوجد داخل الأسرة فرد لديه أمراض عضوية؟ نعم لا

➤ إذا توجد ماهي هذه الأمراض؟

* هل تتلقى مساندة من طرف الأسرة أم لا؟ نعم لا

* في نظرك كيف يراك الناس؟ مثلهم أم تختلف عنهم

* ماهي الصعوبات التي تواجهها في حياتك اليومية؟

* الوظيفة: موظف غير موظف

* الدخل المادي: عالي متوسط منخفض

* السكن: ملك ايجار

* نوع السكن: شعبي شقة فيلا

* مستفيد من بطاقة الشفاء أم تشتري الدواء بمالك الخاص؟

* كيف ترى نفسك وانت مريض بالسكري؟

* هل تفكر كثيرا في مرضك؟ نعم لا

➤ إذا كانت إجابة نعم فلماذا؟

* كيف تنظر الى مستقبلك وأنت مريض بالسكري؟

* كيف ترى مستقبل أي مريض بالسكري في مجتمعنا؟

* ماهي طموحاتك المستقبلية؟

الملاحق

* الشعور بسلوك انفعالي ايجابي (كالسرور والبهجة) يعتبر كوقاية من المضاعفات الجانبية للسكري على صحتك مستقبلا. نعم لا

* أحرص على عدم التعبير عن انفعالاتي السلبية كوسيلة للحفاظ على نسبة السكر لدي.

نعم لا

* هل تحتفظ بانفعالاتك لنفسك أم تعبر عنها للآخرين؟

* هل تستطيع أن تتحكم في انفعالاتك وغضبك؟

* تتغير ملامح شخصيتي عند التعرض لموقف انفعالي. نعم لا

* لا تفكر في مرض السكري لكي تتجنب الانفعالات السلبية كالقلق والغضب؟

نعم لا

* عندما تقيس نسبة السكر وترى أنه مرتفع بماذا تشعر؟ وكيف تتصرف معه؟

* عندما تكون تفكر في موقف معين وتستحوذ عليك انفعالات أخرى:

➤ هل تبقى تفكر في نفس الموقف أم تغير تفكيرك؟

* عندما تتعرض الى موقف انفعالي ضاغط هل تستطيع تهدئة نفسك؟ نعم لا

➤ إذا كانت إجابة نعم كيف ذلك؟

* هل خبرتك مع مرض السكري جعلتك تتعايش معه ومع الأوضاع الانفعالية التي تتعرض لها؟

نعم لا

* أتقبل حقيقة اصابتي بمرض السكري كأنه أمر حدث وانت نعم لا

* أتعامل مع ضغوط الحياة بمرونة لكي أحافظ على نسبة السكر الطبيعية؟ نعم لا

* هل تستطيع القدرة على الاسترخاء بعد التعرض لموقف انفعالي ضاغط؟ نعم لا

➤ إذا كانت إجابة لا فلماذا؟

- * هل تستطيع تغيير أي شيء حول مرض السكري (كنظام الغذاء، التدخين... الخ) لكي تتكيف معه؟
 نعم لا
- * هل تستطيع تكيف مشاعرك حسب الموقف الذي يواجهك؟
 نعم لا
- * هل تتجنب زيارة طبيبك لأنه يذكرك بأنك مصاب بالسكري؟
 نعم لا
- * لا تتناول الدواء أو تنسى تناوله لأنه يذكرك بأنك مصاب بالسكري؟
 نعم لا
- * هل أنت سعيد مع نفسك في ظل إصابتك بمرض السكري؟
 نعم لا
- * هل لديك شعور بالثقة في شخصيتك؟
 نعم لا
- * لدي اهتمام بالشؤون المالية والشخصية؟
 نعم لا
- * هل تتأثر قراراتك بأراء الآخرين؟
 نعم لا
- * لدي اهتمام بالتجارب الجديدة التي تتطلب منك تغيير بعض الخبرات القديمة؟
 نعم لا
- * هل لديك شعور بتحقيق أهداف في الحياة بالرغم من إصابتك بالسكري؟
 نعم لا
- * عندما ترغب في الحديث هل تجد من يشاركك أو يصغي اليك؟
 نعم لا
- * الحفاظ على علاقات وثيقة مع الآخرين أمر صعب بالنسبة لك؟
 نعم لا
- * هل لديك اهتمام بالمستقبل أم تركز على الحاضر فقط؟ ولماذا؟
 نعم لا
- * هل ترغب في الحديث عن الماضي أو لا؟ ولماذا؟
 نعم لا

➤ جدول سير المقابلات العيادية والهدف من كل مقابلة:

المحاور	تدخلات الباحث	الهدف من المقابلة
المحور الأول: الافتتاحي	<ul style="list-style-type: none"> تقديم الباحث مع بداية شكر المريض للمشاركة في البحث الأكاديمي. تقديم وشرح أهداف البحث وأهمية مشاركة المفحوص. 	<ul style="list-style-type: none"> إرساء العلاقة بين الباحث والمفحوص. كسب العلاقة الثنائية للحفاظ على الثقة.
المحور الثاني: البيانات الشخصية	<ul style="list-style-type: none"> تتمحور هذه المداخلات حول التعرف على هوية المفحوص وكذا النسق العائلي الذي يعيش فيه. 	<ul style="list-style-type: none"> التعرف على المفحوص استكشاف تصوراته الذاتية والتعرف على استثماراته الاجتماعية والعائلية.
المحور الثالث: التاريخ الطبي والنفسي للمفحوص	<p>أولاً/ التاريخ الطبي</p> <ul style="list-style-type: none"> يركز الباحث في هذا المحور على استكشاف مختلف الأمراض العضوية التي تعرض لها المفحوص. كيفية بداية ظهور المرض التعرف على مختلف العلاجات والأدوية المتبعة 	<ul style="list-style-type: none"> استكشاف بداية تاريخ ظهور مرض السكري، وكذا العلاجات المتبعة.
	<p>ثانياً/ التاريخ النفسي</p> <ul style="list-style-type: none"> يركز الباحث في هذا المحور على دراسة الجانب النفسي للمفحوص. 	<ul style="list-style-type: none"> تهدف هذه المقابلة الى لقاء الضوء على الدينامية النفسية للمفحوص
المحور الرابع: الحالة السيكوسوماتية للمفحوص	<ul style="list-style-type: none"> يركز الباحث في هذا المحور على معرفة مختلف الأعراض النفسية المصاحبة للمرض العضوي: كالقلق، الإرهاق، اضطراب مزاج، اضطرابات في النوم، الانفعال... الخ. 	<ul style="list-style-type: none"> دراسة الأعراض النفسوجسدية عند المفحوص
المحور الخامس:	<ul style="list-style-type: none"> يهتم الباحث في هذا المحور بتوجيه أسئلة تتعلق بالتاريخ المرضي للأسرة، 	<ul style="list-style-type: none"> دراسة الجانب العائلي (الحياة الأسرية والاجتماعية)

الملاحق

<ul style="list-style-type: none"> التعرف على طبيعة النشاط العلائقي للمفحوص داخل العائلة من حيث مرافقته، ومساندته في التعايش مع مرضه. 	<p>وكذا الجانب العلائقي للمفحوص مع أسرته، وكيفية معايشة مختلف هذه العلاقات في حياته اليومية</p>	<p>التاريخ العائلي</p>
<ul style="list-style-type: none"> معرفة تصور المريض لذاته ومستقبله مع استكشاف قدرته على التمتع في المستقبل (النشاط الحلمي والهوامي) 	<ul style="list-style-type: none"> يهتم الباحث في هذا المحور الى استكشاف تصورات المفحوص حول ذاته ومرضه، وكذا رؤيته المستقبلية لحياته المهنية والاجتماعية 	<p>المحور السادس: نظرة المفحوص الى ذاته ومستقبله</p>
<ul style="list-style-type: none"> استكشاف مدى تأثير مختلف الانفعالات سواء الإيجابية أو السلبية على مريض السكري، مع معرفة كيفية التعبير عنها (قمعها، تجاوزها، تعديلها... الخ). 	<ul style="list-style-type: none"> محاولة استكشاف مدى شعور المفحوص لمختلف الانفعالات الإيجابية والسلبية أثناء التعرض لموقف معين، مع معرفة كيفية التعبير عنها والتحكم فيها. 	<p>المحور السابع: محور الجانب الانفعالي</p>
<ul style="list-style-type: none"> استكشاف لدى المفحوص بعض القدرات والخصائل الإيجابية التي تساعده على عملية التكيف مع مرضه وكذا الوقاية من مضاعفاته خاصة مع التقدم في العمر. استكشاف مدى تحقيق المفحوص لأهدافه وخبراته كي يصل الى الشعور بالهناء والسعادة 	<ul style="list-style-type: none"> يهتم الباحث في هذا المحور الى استكشاف بعض القدرات والخصائل الإيجابية كالسعادة والازدهار لدى المفحوص من خلال توجيه بعض الأسئلة المتعلقة بالمرونة النفسية والرفاه النفسي اللتان تساعده على عملية التكيف مع مرضه وكذا الوقاية من مضاعفاته خاصة مع التقدم في العمر. 	<p>المحور الثامن: محور الجانب الإيجابي (المرونة النفسية والرفاه النفسي)</p>
<ul style="list-style-type: none"> تهيئة المفحوص لإنهاء المقابلة وإعطاء تصورات حولها. 	<ul style="list-style-type: none"> اختتام المقابلة بشكر المفحوص والاستماع لانطباعه الشخصي حول مسار سير المقابلات، ومدى ارتياحه للاستفادة منها. 	<p>المحور التاسع: المحور الختامي</p>

➤ قائمة السادة الأساتذة المحكمين:

رقم	الاسم واللقب	الدرجة العلمية	التخصص	الجامعة
01	أ.د/ حمادية محمد	أستاذ التعليم العالي	لغة انجليزية	جامعة ابن خلدون - تيارت-
02	أ.د/ علاق كريمة	أستاذ التعليم العالي	علم النفس	جامعة عبد الحميد بن باديس- مستغانم.
03	د/ بلال ريم	أ. محاضرة- أ	علم النفس	جامعة مصطفى اسطمبولي - معسكر-
04	د/ بلياد أحمد	أ. محاضر - أ	علم النفس	جامعة ابن خلدون- تيارت-
05	د/ أمين عيادة	أ. محاضر - أ	لغة انجليزية	جامعة ابن خلدون- تيارت
06	د/ بوعلاقة فاطمة الزهراء	أ. محاضرة- أ	علم النفس	جامعة محمد بوضياف- المسيلة.
07	د. بشلاغم يحي	أ. محاضر	علم النفس	جامعة تلمسان
08	د. بوكصاصة نوال	أ. محاضرة	علم النفس	جامعة ابن خلدون- تيارت
09	د. أمينة بن قويدر	أ. محاضرة- أ	علم النفس	جامعة ابن خلدون- تيارت

قائمة المصطلحات

الترجمة باللغة الإنجليزية	المصطلح باللغة العربية	رقم
Abstract	مستخلص الدراسة	1
Introduction	مقدمة	2
Problematic	إشكالية	3
Hypotheses	الفرضيات	4
Operational definitions	التعاريف الاجرائية	5
Emotional Regulation	التنظيم الانفعالي	6
Psychological Flexibility	المرونة النفسية	4
Psychological Well Being	الرفاه النفسي	8
patient diabetic	مريض السكري	9
Previous studies	الدراسات السابقة	10
Emotional regulation	التنظيم الانفعالي	11
Emotion	الانفعال	12
Feelings	المشاعر	13
Humeur	المزاج	14
Sympathy	الوجدان	15
Emotional regulation strategies	استراتيجيات التنظيم الانفعالي	16
Antécédent -focused stratégies	استراتيجية التركيز المسبق	17
Responce- focused strategies	استراتيجية التركيز على الاستجابة	18
Situation Selection	استراتيجية اختيار الموقف	19
Situation modification	استراتيجية تغيير أو تعديل الموقف	20
Attentional deployment	استراتيجية توجيه أو توزيع الانتباه	21
Response modulation	استراتيجية تعديل الاستجابة	24
Cognitive Réévaluation	اعادة التقييم المعرفي	25
Expressive Repression	القمع التعبيري	26
Interpreted theoris of Emotional regulation	النظريات المفسرة للتنظيم الانفعالي	27

James gross theory	نظرية جيمس كروس	28
Antécédent -focused stratégies	استراتيجية التركيز المسبق	29
Response focused stratégies	استراتيجية تركيز الاستجابة	30
The psychoanalytic Theory	نظرية التحليل النفسي	31
The stress and coping tradition	نظرية الاجهاد والتعامل	32
Biological neurological interpretation of Emotional.	التفسير العصبي البيولوجي للانفعال	33
Emotional regulation and its role in Health disease.	التنظيم الانفعالي ودوره في الصحة والمرض	34
Emotional regulation and psychological Health	التنظيم الانفعالي والصحة النفسية	35
Emotional regulation and physical health	التنظيم الانفعالي والصحة الجسدية	36
Psychological flexibility	المرونة النفسية	37
American Association psychologist	الجمعية الأمريكية لعلم النفس	38
Ego Strength	قوة الأنا	39
Psychological Immunity	المناعة النفسية	40
Emotional Regulation	الاتزان الانفعالي	41
Self- Efficacy	الكفاءة الذاتية	42
Resilience and Adaptable	المرونة والتكيف	43
Psychological Resilience	الصلابة النفسية	44
Definition of diabetes mellit	تعريف داء السكري	45
Types of diabetes	أنواع داء السكر	46
Diabetes Type 01	داء السكري النوع الأول	47
Diabetes Type 02	داء السكري من النوع الثاني	48
Diabetes Gestational	سكر الحمل	49
Psychological traumas	الصدمات النفسية	50
Pancreatic injury	إصابة البنكرياس	51
Lack of efficiency of the bodys immune system	نقص في كفاءة الجهاز المناعي للجسم	52
Obesity	السمنة	53
symptoms diabetes	أعراض داء السكري	54
Complications diabetes	مضاعفات داء السكري	55

Neuropathiy	الاعتلال العصبي	56
Retinopathiy	اعتلال شبكة العين	57
Nephropathiy	الاعتلال الكلوي	58
AVC	جلطات القلب والدماغ	59
Psychological Aspect	الجانب السيكولوجي	60
Psychological response to the disease	الاستجابة النفسية للداء	61
Acceptance diabetes mellitus	تقبل داء السكري	62
Factors influencing disease acceptance	العوامل المؤثرة في تقبل المرض	63
HbA1c	معدل التمثيل الغذائي	64
Advice and guidance	نصائح وارشادات	65
psychological well-being	الرفاه النفسي	66
Dimensions of psychological well- being	أبعاد الرفاه النفسي	67
Interepted theories of psychological well-being	النظريات المفسرة للرفاه النفسي	68
Psychological well-being & its Relationship to chronic diseases.	الرفاهية النفسية وعلاقتها بالأمراض المزمنة	69
Conclution	خاتمة	70

من السيد: مراح علي

الصفة: طالب دكتوراه تخصص علم النفس العيادي

الى السيد(ة):

عنوان بريد الكتروني: merahh38@gmail.com

مدير(ة) المؤسسة العمومية

الهاتف: 0770.73.01.93

للصحة الجوارية تيسمسيلت

الموضوع: طلب ترخيص لإجراء تربص ميداني

لي الشرف، العظيم أن أتقدم الى سيادتكم بطلي هذا والمتمثل في طلب ترخيص لإجراء تربص ميداني بالعيادة المتعددة الخدمات 20 أوت عين البرج "مصلحة الأمراض المزمنة"، وذلك استكمالاً لمتطلبات البحث العلمي لإتمام إنجاز أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي الموسومة بـ "مستوى التنظيم الانفعالي لدى مرضى السكري من خلال متغيري المرونة النفسية والرفاه النفسي".

"دراسة عيادية وتحليلية إحصائية لدى عينة من مرضى السكري بمصلحة الأمراض المزمنة - تيسمسيلت -"

وفي الأخير نرجو منكم أن تتقبلو مني طلبي هذا بفائق التقدير والاحترام

امضاء رئيس المصلحة

امضاء مدير(ة) المؤسسة

مديرة المؤسسة العمومية
للصحة الجوارية تيسمسيلت
بلدية تيسمسيلت